NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archiv. de la méd. belge. p. 1—60.
Bulletin de l'Académie royale de médecine belge. 61—70.
Tableau météorologique. 71.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Physiologie. 1.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 2—4. *Revue* 28, 31, 33.
Therapeut. 5—8. *Revue* 22, 30.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Maladies des enfants. 9—11. *Revue* 21.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALM.

Path. externe 12—15. *Revue* 32.

Médecine opérat. 16—17. *Revue* 25, 26, 27.

Ophthalmologie. 18. *Revue* 29.

IX. Maladies syphilitiques. 19.

XII. Généralités 20.

Sociétés savantes, pag. 202, 233.

Mélanges. 23, 24, 34.

5530

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

MAI 1850. — 11me SÉRIE. — T. V.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR, ÉDITEUR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1850.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.
Archives de la médecine militaire Belge.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiene publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Annales médico-chirurgicales du Midi.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Academies.
Clinique de Montpellier.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de medecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de médecine de Bordeaux.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.
Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.
Revue médico chirurgicale de Paris de M Malgaigne.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(MAI 1850.)

REVUE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL SAINT-JEAN.

(Professeur . *M. A. Uytterhoeven*).

DIVISION DES HOMMES. (15 *septembre* 1849. — 13 *janvier* 1850) ;

Publié par le docteur BUYS, ancien interne des hôpitaux de Bruxelles, médecin des pauvres, etc.

(Suite : *voir* le n° de mars 1850, p. 160.)

Outre le grand nombre de malades atteints d'affections chirurgicales qui se sont présentés à la consultation gratuite, 174 ont été reçus pendant ce laps de temps dans les salles affectées aux hommes. Nous ne nous occuperons point ici des 50 malades qui restaient encore en traitement à la dernière date.

Voici comment ils se repartissent :

Contusions	12	Fistules anales	2
Plaies	14	Paraphimosis	1
Brûlures	7	Rétrécissements du canal de l'urètre	3
Ulcères	13	Hydrocèles	5
Érysipèles	2	Orchites	2
Eczéma	1	Furoncles	4
Phlegmons, abcès	8	Psoriasis	1
Fractures	32	Anthrax	2
Entorses	15	Commotions cérébrales	3
Luxations	3	Kyste du cordon spermatique	1
Hydrarthroses	2	Lumbago	1
Caries, tumeurs blanches	7	Panaris	1
Hernies	3	Hémorrhoïdes	2
Maladies des yeux	27		

Contusions. — A part une contusion grave de la tête dont il sera parlé à l'article commotion, les 12 cas de contusions qui se sont présentés n'ont point offert de caractère bien sérieux. Tous n'embrassent que des organes externes. Des applications résolutives ou émollientes suivant l'absence ou la présence de l'élé-

ment inflammatoire ont produit une issue favorable dans tous. Toutefois le chirurgien en chef saisit l'occasion de recommander une certaine circonspection dans l'appréciation des contusions qui intéressent les grandes articulations telles que le genou, le coude, etc., où la cause contondante agit avec d'autant plus d'intensité qu'elles se trouvent peu abritées par des parties molles contre les violences externes. Souvent le malade qui vient de subir une contusion forte du genou ou du coude, se préoccupe peu de sa lésion après la disparition des premières douleurs. Il continue à s'adonner à la marche ou au travail du bras. Les mouvements étendus et constants dont ces organes sont le siége, y déterminent des engorgements inflammatoires, qu'on a vus dans certains cas servir de point de départ à des phlegmons érysipélateux de la plus haute gravité.

Un ouvrier offrit une contusion grave de l'articulation tibio-tarsienne, produite par le passage d'un essieu d'une charrette pesamment chargée. Toutes les parties molles environnantes étaient le siége d'une tuméfaction considérable ; la peau serrée sur le cou-de-pied était parsemée d'ecchymoses ; elle offrait un amincissement prononcé à la malléole externe, où existait en même temps un épanchement sanguin sensible sous les doigts. Le mouvement de flexion du pied était impossible.

La position élevée du membre au lit, l'application constante de topiques résolutifs ; prévinrent toute inflammation. On termina le traitement qui eut lieu au bout de 29 jours par l'application d'un bandage amidonné, en vue d'empêcher les mouvements dans l'article.

Un ouvrier sellier, fit une chute sur le sol en donnant du coude droit contre la muraille. Il ne prit aucun soin de sa lésion et continua son travail. Cinq jours après, force lui fut de le cesser, ne pouvant plus plier l'avant-bras sur le bras. A son entrée à l'hôpital, les tissus qui entourent le coude sont rouges, tuméfiés, douloureux à la pression. On ne découvre l'olécrâne qu'en déprimant la peau.

Le malade placé au lit, on lui mit le membre, siége du mal, en position déclive de la main à la racine du bras, on immobilise cette position en moulant à sa partie interne une attelle en gutta percha, on recouvre les parties tuméfiées de cataplasmes émollients. Le malade reste soumis à un régime sévère. Dès le sixième jour du traitement un dégorgement marqué s'est effectué dans le coude. La rougeur reste circonscrite dans une petite étendue. Au huitième on peut supprimer les émollients ; au quinzième le malade opère sa sortie.

Nous citerons encore comme cas analogue celui d'un ouvrier chaudronnier qui, après s'être fait une contusion au genou, la négligea pendant quelques jours, et ne se décida à entrer à l'hôpital que lorsque le gonflement considérable du genou lui eût rendu tout mouvement de la jambe impossible. Ici encore quelques jours d'immobilité au lit secondée par la position et l'application d'émollients amenèrent une résolution rapide.

Plaies. — Nous réservons encore pour l'article commotion les plaies de tête qui méritent d'être mentionnées. Parmi celles appartenant à d'autres régions, nous trouvons : 3 plaies par instrument tranchant sur des parties externes, une par déchirure, 2 par contusion et enfin 4 par écrasement des extrémités des membres supérieurs. Nous exposerons sommairement la marche de leur traitement. Les seules mutilations par opération auxquelles elles donnèrent lieu furent l'ablation d'une phalangette broyée et l'amputation d'un doigt auriculaire pris de sphacèle.

Plaies par instruments tranchants. — Le 2 novembre deux individus entrèrent dans le service chirurgical, atteints, chose assez étrange, de la même lésion. Dans une même rixe l'un et l'autre venaient d'avoir la partie latérale droite de la face sillonnée par un coup de couteau qui, partant de la partie moyenne de la région temporale, avait prolongé la balafre jusque près de l'angle de la mâchoire inférieure. Chez l'un et l'autre tout ce qui s'était trouvé sur le passage de l'instrument tranchant avait subi la section ; peau, muscles, nerfs, vaisseaux de la région et jusqu'au conduit de sténon chez l'un des deux. La muqueuse buccale avec l'aponévrose qui la tapisse était seule restée intacte.

Le premier, homme de 25 ans, débardeur, était dans un état de faiblesse extrême, suite de la perte considérable de sang qu'il avait subie. Torsion de l'artère temporale, ligature de la transverse de la face, lavage rapide de la plaie. Réunion de ses bords à l'aide de bandelettes agglutinatives dans sa moitié supérieure et de points de suture dans l'autre moitié. Compresse cératée, bandage mollement appliqué, position relevée de la tête au lit. Restauration au moyen de bouillons. Au cinquième jour, on put enlever les bandelettes et les points de suture. La plaie se trouvait réunie par première intention sans trace aucune de suppuration. Au neuvième jour, le blessé regagna son domicile.

Le second, homme d'environ 69 ans, fut presque rétabli dans le même temps. Chez lui aussi on dût recourir à la torsion de l'artère temporale et à la ligature de la transverse de la face. Même application de bandelettes et de points de suture. Au troisième jour on s'aperçut que les bords de la plaie tendaient à s'é-

carter l'un de l'autre dans un point au niveau du milieu de la joue; on les rapproche à l'aide de la suture entortillée. Cette circonstance provoqua du gonflement qui se propagea jusqu'à l'œil, mais qui se dissipa bientôt après. Vers le huitième on put supprimer et bandelettes et points de suture. Les bords de la plaie étaient adhérents dans toute leur étendue ; seulement quelques traces de suppuration restaient au niveau des points où les sutures avaient traversé la peau. Elles ne tardèrent pas à disparaître après quelques jours de pansements simples.

Le troisième cas de plaie par instrument tranchant offrit plus de gravité non à cause de l'étendue de la lésion, mais par les complications qui survinrent. Un poissonnier était en train de dépouiller une raie, lorsque son couteau, conduit par la main gauche, glissait brusquement, alla entamer profondément la face palmaire des trois derniers doigts de la main droite, à quelques lignes au devant des articulations métacarpo-phalangiennes. Il tint le premier appareil qu'on lui mit sur place pendant 4 jours, au bout de ce temps la tension et la douleur qu'il sentit à la main, le décidèrent à réclamer les soins de l'hôpital. A son entrée, tous les doigts de la main droite, mais surtout ceux blessés, sont rouges tuméfiés et offrent quelques phlyctènes, suite probable de la pression trop forte du premier appareil. La face dorsale de la main est le siége d'une tuméfaction phlegmoneuse tout aussi considérable. Le malade est en proie à une fièvre active.

Position de la main au lit. — Cataplasme embrassant la main et une partie de l'avant-bras. Au septième jour, fluctuation sensible à la région dorsale de la main, en déprimant la peau en cette région le pus s'écoule en partie par les plaies des doigts. Deux ouvertures à l'aide de la lancette, écoulement abondant du pus. Position déclive de la main pour faciliter sa sortie et prévenir les fusées.—Manuluves, cataplasmes pendant plusieurs jours. Le pus continue à couler abondamment néanmoins le malade reste en proie à une fièvre continue sans frissons marqués. Au dix-septième jour second abcès au dos de la main un peu au-dessus du premier; nouvelle issue pratiquée à la matière par la lancette, application d'un large cataplasme de mie de pain, laudanisé. Dès ce moment les parties commencent à se dégorger; le pus devient moins abondant et plus épais. Au vingtième jour, l'aspect des doigts et de la main est tout à fait rassurant. Malgré les conseils du chirurgien en chef, le malade insiste pour sa sortie de l'hôpital.

Plaie par déchirure.—Un garçon boulanger tombe du haut d'un escalier de cave, et accroche au pli du bras le loquet d'une porte placée au bas. Déchirure profonde de la partie antérieure

de l'avant-bras, étendue obliquement du pli du coude à l'apophyse styloïde du cubitus. Le fond de la plaie offre à découvert une grande partie du muscle fléchisseur superficiel et de ses tendons. Ses fibres superficielles sont déchirées, au point, qu'on croit convenable d'en enlever une partie, et pour faciliter le rapprochement des bords de la plaie et pour prévenir une trop longue suppuration.

Réunion au moyen de quelques points de suture. Position élevée et demi-flechie de l'avant bras, on immobilise l'articulation du coude à l'aide d'une gouttière en gutta-percha moulu sur la face externe du bras et de l'avant-bras, gonflement douloureux du coude après deux jours, agitation du malade, section des points de suture, on couvre la plaie et le coude d'un cataplasme émollient, 48 heures après l'inflammation a beaucoup diminué, on laisse la plaie libre et couverte d'un pansement léger pendant plusieurs jours, apparition de bourgeons de bon aspect au fond de la plaie, rapprochement gradué de ses bords à l'aide de bandelettes de sparadrap. La cicatrisation avance rapidement, au bout de 21 jours, la plaie est réduite à une trainée de bourgeons charnus s'élevant au-dessus de la peau, apposition d'une plaque de sparadrap double qui amène une cicatrisation complète.

Plaies contuses. — Deux jours avant son entrée à l'hôpital un individu jeune et vigoureux, avait donné violemment du coude contre le sol en tombant. Lorsqu'il se présenta à la clinique, on lui trouva une plaie transversale d'un pouce d'étendue au niveau de l'olécrâne. Coude et une partie de l'avant-bras et du bras tuméfiés, rouges; le doigt en poussant les environs de la plaie en fait sortir un liquide séro-sanguinolent mêlé à du pus. Pour immobiliser le membre, sans devoir user de constriction circulaire on eut recours au moyen suivant : on commença par mouler sur la partie interne du membre une plaque en gutta-percha. La forme du membre obtenue, on garnit le creux de la plaque d'une compresse en plusieurs doubles, sur les deux faces de laquelle on a préalablement étendu une couche de collodium. Par l'intermédiaire de ce corps agglutinatif tout l'appareil resta adhérent au membre sans constriction circulaire aucune. D'ailleurs quelques jours de position aidés d'applications émollientes, finirent par dégorger le coude et par amener la cicatrisation de l'abcès.

Les plaies contuses au niveau de l'olécrâne méritent toujours une sérieuse attention; on a vu des plaies en cette région en apparence fort simples amener l'exfoliation du tendon du triceps, et donner lieu aux fâcheuses conséquences qu'entraîne l'accès de l'air dans une grande articulation.

Un mot encore sur deux cas de plaies contuses intéressant les membres inférieurs.

Un ouvrier en tombant se fait une légère écorchure à la face antérieure du tibia. Il y fait à peine attention et continue son travail. Trois semaines après, empâtement rouge, douloureux, commençant à la plaie et s'étendant successivement au cou-de-pied d'une part et au genou de l'autre. A son entrée on constate des traînées rouges dessinant le trajet des lymphatiques jusqu'à la moitié de la cuisse. Tuméfaction et douleur des ganglions de l'aine. Pouls dur et précipité, agitation du malade.

Position élevée du membre au lit. Cataplasmes émollients embrassant toute la jambe et une partie de la cuisse. Pansement cératé sur la plaie. Diète. Boissons délayantes, calme. Ce traitement simple amène un dégorgement prononcé vers le huitième jour. Continuation de la position élévée, dégorgement complet et cicatrisation de la plaie du tibia au vingtième jour.

Le chirurgien en chef fait ressortir la fréquence de ces complication aux plaies superficielles de la partie antérieure de la jambe. La tension de la peau à cette région, où elle recouvre directement une éminence osseuse, les tiraillements et les frottements déterminés par la marche et les vêtements; le dégorgement veineux rendu plus difficile par la station verticale, sont autant de circonstances qui doivent concourir à ce résultat fâcheux.

Le 3 septembre un cultivateur, de constitution robuste, eut la partie supérieure de la jambe et le genou pris entre la roue de sa charrette et une borne. Il en résulte une forte contusion au niveau de la crête du tibia et une plaie profonde, inégale à la partie moyenne et inférieure de la région poplitée, étendue suivant l'axe du membre dans un espace de deux pouces et demi. Une portion des couches musculaires est à nu. Réunion de la plaie par deux points de suture. Compresses résolutives à la partie antérieure de la jambe, pansement simple, membre soulevé et demi-fléchi. Vers le cinquième jour un abcès s'est formé à la partie inférieure et interne du genou. Un coup de lancette donne à la fois issue à une grande quantité de pus, et à un morceau d'étoffe de pantalon grand d'un pouce et demi. Le lendemain on agrandit la plaie, il s'écoule une nouvelle masse de pus.—Application d'émollients, supprimée deux jours après; à partir du neuvième jour, tendance de la plaie du creux poplité et de l'abcès vers la cicatrisation. Quinzième jour guérison et sortie du malade.

Plaies par écrasement. — Un ouvrier menuisier eut les deux derniers doigts de la main droite prises entre tous les engrenages de deux roues mises en mouvement par la vapeur. Plusieurs mi-

nutes s'écoulèrent avant qu'on ne pût arrêter la machine et dégager le malheureux.

A son entrée à l'hôpital, état chancelant et syncopal. Plaie profonde irrégulière à bord mâchés à la surface dorsale de l'annulaire, s'étendant au-delà de la dernière articulation fortement intéressée ; plaie irrégulière moins grande à la face palmaire du même doigt, mais laissant à découvert une partie du tendon fléchisseur. Peau de l'annulaire arrachée jusqu'au niveau de la dernière articulation, arrachement partiel du tendon fléchisseur mis à nu dans une portion de son étendue.

Le chirurgien en chef fait remarquer l'attention particulière que réclame ce genre de lésions. Les dispositions anatomiques des doigts et de la main sont essentiellement propres à la propagation de l'inflammation et de ses produits, toujours le gonflement inflammatoire de ces parties s'accompagne d'une grande sensibilité, grâce à l'obstacle que mettent à leur libre dilatation ou à la sortie des matières morbides les nombreux plans aponévrotiques et fibreux qui les constituent. Les fusées purulentes s'y opèrent avec une facilité souvent désespérante, en suivant le trajet de ces mêmes plans aponévrotiques ou les gaînes celluleuses des tendons, qu'ils recouvrent. Parfois les plaies par écrasement des extrémités supérieures donnent lieu à des accidents plus immédiats. L'extrême douleur qui les accompagne et qu'expliquent les expansions nerveuses si considérables dans ces organes éminents du tact, peut être suivie de troubles nerveux généraux et même du tétanos.

Le blessé mis au lit, la main droite est tenue en position élevée, l'avant-bras demi-fléchi. Néanmoins des lambeaux libres à l'aide de bandelettes modérément tendues, pansement simple et léger, à l'intérieur potion laudanisée.

Première nuit assez bonne. Réaction, d'abord modérée, le troisième jour. Phlegmon du dos de la main offrant un point fluctuant, incision au moyen de la lancette ; écoulement du pus. Les doigts commencent à suppurer abondamment, manuluve prolongé, applications émollientes. Dégorgement partiel de la main au septième jour, une grande partie du tendon fléchisseur de l'annulaire tombe en sphacèle. Sa dernière articulation est béante. Le malade refuse pendant quelques jours à laisser pratiquer l'ablation de l'annulaire. Pendant ce laps de temps, l'économie s'est modifiée d'une manière fâcheuse. Il est resté en proie à la fièvre ; ses plaies se sont couvertes de fongosités ; il se décide enfin à l'opération. La plaie ovalaire qui en résulte se ferme en peu de temps. Les troubles généraux disparaissent. Les plaies de l'annulaire repren-

nent un bon aspect. Le malade sort guéri vers la cinquième semaine du traitement.

Nous ne citerons que pour mémoire deux cas d'écrasement de doigts, l'un chez un jeune garçon qui eut le doigt annulaire pris entre une grille et son montant en pierre bleue au moment où elle se fermait. L'autre chez un ouvrier qui eut les trois derniers doigts de la main droite pris aussi dans les engrenages de deux roues en mouvement. Les parties molles chez l'un et l'autre avaient subi d'assez grands dégats. Toutefois leur guérison s'effectua sans complication sérieuse, et sans entraîner des lésions fonctionnelles à sa suite.

Le quatrième cas offrit encore quelque gravité. C'était encore un jeune ouvrier qui eut l'extrémité de l'annulaire broyée dans l'engrenage de deux roues mobiles l'une sur l'autre, articulation des deux dernières phalanges ouvertes, phalangette réduite à l'état de bouillie. L'intégrité de la peau au milieu de la seconde phalange et le désir de conserver autant que possible du doigt, décidèrent à pratiquer l'amputation circulaire dans ce dernier lieu. L'opération ne fut suivie d'aucun accident. L'adhésion des lambeaux eut lieu par première intention; au seizième jour le malade put quitter l'hôpital.

Brûlures. — Parmi les sept cas de brûlures reçus, aucun n'offrait de désorganisation au-delà du troisième degré. Deux cas offrirent une haute gravité par l'étendue considérable qu'occupait la lésion. L'un se présenta chez un homme qui, dans une chute, se plongea la jambe gauche et l'avant-bras droit dans une chaudière contenant de l'acide sulfurique chaud. Ces deux organes offraient dans toute leur étendue une rougeur érythémateuse intense, et çà et là des phlyctènes considérables. A la partie inférieure de la jambe le derme était envahi dans toute son épaisseur à diverses places. On modéra l'inflammation éliminatoire assez intense que provoqua la chute des escarres par quelques jours d'application de cataplasmes émollients. Le régime, la position, l'emploi de plumasseaux enduits de cérat laudanisé, déterminèrent une cicatrisation complète au bout de la huitième semaine. Le second cas fut mortel à cause de lésions concomitantes graves du thorax. C'était un ouvrier mécanicien qui, par l'explosion d'une machine à vapeur, fut lancé la poitrine contre un obstacle, et eut en même temps toute la partie postérieure du tronc et la face antérieure des membres thoraciques et abdominaux brûlées par la vapeur. Il succomba au bout du cinquième jour à une lésion interne grave déterminée par un enfoncement de plusieurs côtes.

Nous devons signaler à l'occasion des brûlures les bons effets

souvent obtenus à l'hôpital St-Jean dans celles au deuxième et au troisième degré par l'emploi du liniment calcaire, composé de parties égales d'eau de chaux et d'huile de lin. Voici comme on agit dans les brûlures étendues des membres : on se borne à donner issue à la sérosité des phlyctènes en conservant avec précaution l'épiderme. On enduit du liniment à l'aide d'une plume toute la surface de la peau brûlée. On imbibe du même corps des compresses légères qu'on maintient autour du membre à l'aide d'une bande mollement fixée. On laisse l'appareil en place plusieurs jours, en ayant la précaution de l'imbiber du liniment aux endroits qui tendent à se dessécher. On continue d'ailleurs son emploi jusqu'à cicatrisation complète. A l'aide de cette méthode l'on voit des brûlures accompagnées de phlyctènes et très-étendues se cicatriser en peu de jours. L'épiderme séché, débris des phlyctènes se détache alors sous forme de plaques, qui laissent après elles des cicatrises rouges, sèches et minces.

Ulcères des extrémités inférieures.—Pendant le lamps de temps que comporte ce relevé, douze cas d'ulcères aux jambes ont encore occupé les salles de la chirurgie. Quelques-uns étaient fort anciens, d'autres étaient dus à la présence de varices, d'autres enfin étaient le résultat de plaies passées à l'état d'ulcération chroniques soit par défaut de soin, ou par la malpropreté, soit encore, circonstance fort fréquente, par l'application intempestive de topiques suggérés par le préjugé vulgaire.

Quelle que soit la cause des ulcères, et il est entendu que nous excluons ici ceux qui ne sont que la traduction extérieure d'un vice interne ou diathétique, il est dans l'usage du chirurgien en chef de l'hôpital St-Jean de débuter chez presque tous les malades par un traitement à peu près analogue, qu'on pourrait appeler la simplification de l'ulcère. Il consiste à combattre l'engorgement inflammatoire local que déterminent toujours la marche, la station verticale, le frottement des vêtements, la malpropreté, etc., par le bain, l'application de cataplasmes émollients, le régime et surtout la position et le repos. D'autre part l'état général du malade est prise en sérieuse considération. Cette appréciation importe surtout quand il s'agit de la classe ouvrière et indigente, où l'on trouve souvent comme puissant obstacle à la marche régulière des lésions une débilité générale des organes causée par un régime incomplet. Il en est de même d'un état pathologique latent ou évident de l'économie. L'on sait en effet combien l'aspect d'un ulcère réflète avec fidélité les moindres modifications pathologiques générales qui surviennent au malade. Dans l'un et l'autre cas, c'est par un régime convenable ou par un traitement approprié que

s'ouvre la première période du traitement. Ces indications capitales accomplies, arrive la cure proprement dite de l'ulcère. Ici le chirurgien a parfois à se poser encore une dernière question. Y a-t-il danger pour le malade à guérir indifféremment tout ulcère? Plus d'une fois l'expérience a répondu par l'affirmative dans des cas où l'ulcère ayant existé concurremment avec une lésion chronique d'un organe interne essentiel à la vie, avait servi d'émonctoire habituel. Quelques chirurgiens penchent vers la théorie qui admet la possibilité, sans conséquence fâcheuse, de la guérison de tous les ulcères indistinctement, en la faisant précéder dans les cas dont nous venons de parler, de l'établissement d'un cautère dans un autre point du corps. Cette théorie est peut-être trop exclusive. Elle nous semblerait surtout hasardée chez les vieillards atteints d'engorgement pulmonaire et de catarrhe chronique. Quoi qu'il en soit, il est d'habitude à l'hôpital St-Jean, de traiter avec circonspection les malades qui se trouvent dans ce dernier cas et qui présentent des ulcères anciens. Le traitement se borne généralement à dégager leurs lésions chroniques de l'engorgement inflammatoire qui les accompagne toujours et à les circonscrire dans des bornes modérées à l'aide de topiques émollients, du repos et de la position.

Disons actuellement un mot de la thérapeutique usitée dans les ulcères susceptibles de cicatrisation sans danger pour l'économie. Obtenir la cicatrisation d'un ulcère est souvent chose difficile pour le chirurgien. Il n'est pas de lésion chirurgicale qui dans certaines circonstances exige plus de variété dans l'emploi des moyens pour leur traitement. Parfois un topique qui a donné de bons résultats dans le principe, finit par devenir impuissant, on le laisse pour un autre pour le reprendre quelquefois encore après.

Nous passerons en revue quelques topiques employés avec succès à l'hôpital St-Jean en signalant brièvement les conditions pathologiques où leur efficacité s'est montrée.

Poudre de lycopode. Ce topique si simple est d'un emploi souvent avantageux, dans les ulcérations superficielles, multiples et d'apparence eczémateuse, qui accompagnent fréquemment l'état variqueux des jambes. L'on sait combien la cicatrisation est souvent rebelle dans ces circonstances. Il faut insister avec la poudre tant que l'ulcère continue à sécréter. Cette dernière forme avec les produits de la sécrétion des croutes plus ou moins dures, qu'il faut se garder d'arracher et laisser détacher d'elles-mêmes à l'aide de ce moyen si simple l'on a obtenu la cicatrison là où un grand nombre de topiques avaient échoué.

Bandelettes de sparadrap. Quand les bords de l'ulcère se mon-

trent susceptibles de rapprochement c'est toujours une circonstance qui hâte beaucoup son traitement. On le couvre ordinairement de deux ou trois bandelettes larges d'un travers de doigt. Celles-ci en donnant de la fixité à la plaie préviennent l'adhérence des plumasseaux à la surface des bourgeons elles aussi facilitent l'application d'autres topiques. Appliquées selon la méthode du docteur Baynton, c'est-à-dire en bandes larges d'un travers de doigt, faisant une fois et demi le tour du membre et se couvrant les unes les autres dans le tiers de leur surface, elles ont été d'un emploi avantageux dans les ulcères déjà pourvus de bourgeons de bonne nature et n'offrant pas de suppuration trop abondante. Il s'en faut qu'il faille rapporter leurs bons effets à la compression seule qu'elles déterminent. La matière emplastique qui les constitue n'y est pas indifférente. Leur efficacité paraît surtout due à la circonstance qu'elles maintiennent la plaie soustraite au contact de l'air.

Camphre. M. Uytterhoeven a surtout recours à ce topique lorsqu'il s'agit de fondre les callosités des vieux ulcères. Il l'emploie soit en poudre, soit dans le mucilage de Plenck, soit sous forme d'onguent. Une pommade d'un usage ancien dans son service est celle désignée sous le nom d'onguent d'althæa camphré.

Nitrate d'argent, précipité rouge, calomel. Rarement il est fait usage du crayon de nitrate d'argent. Lorsque la surface de l'ulcère offre un aspect indolent, qu'une couenne grisâtre s'attache aux bourgeons rares et lents à se former, qu'en un mot l'emploi d'un modificateur énergique est indiqué, c'est au précipité rouge soit en nature, soit combiné avec quelque onguent comme dans l'onguent basilique qu'on a recours. Il est important de s'assurer du moment où la modification que l'on s'est proposée par ce moyen est obtenue, pour passer à des topiques moins caustiques. Le calomel sous différentes formes est d'un usage encore fréquent dans les mêmes cas.

Sparadrap double. Son application suppose que les bourgeons de l'ulcère font saillie à la peau ou du moins se trouve à son niveau. Elle a été préférable au plomb employé dans les mêmes cas. Ce dernier déprime bien les bourgeons mais fait progresser lentement la cicatrisation aux bords. Le sparadrap double appliqué avec opportunité détermine souvent la cicatrisation à la fois au centre et aux bords Ce phénomène se remarque à peine avec le plomb qui laisse toujours la surface des bourgeons, molle et onctueuse comme dans la boursoufflure.

Emplâtre consolidant. Il arrive souvent qu'un ulcère après s'être cicatrisé en majeure partie, laisse quelques points circonscrits, comme à la fin des brûlures, réfractaires à la cicatrisation. C'est

à cette époque que M. Uytterhoeven applique avec grande avantage l'emplâtre consolidant, ramolli par une addition d'huile d'olive et étendu en couche mince sur un linge mou.

(Voici pour la composition la pharmacie chirurgicale de Jos. Jacob Plenck, imprimée à Vienne, an 1780).

Pr. : Lapidis calaminaris.
Lythargyrii.
Cerusæ, āā ℔ semis.
Gummi olibani.
— mastichis ℥j.
Olei olivarum q. s. m. f. Emplastrum.

Ce topique ne produit jamais d'érysipèle et convient surtout chez les personnes dont la peau est très-irritable.

TRAITÉ DE LA MÉTHODE AMOVO-INAMOVIBLE ;

Par le docteur Seutin.

(Suite : *voir* le n° d'avril 1850, p. 205.)

§ V. — *Appareil ouaté.*

La dernière modification apportée à l'appareil amovo-inamovible est due à M. Burggraeve, professeur à l'Université de Gand, et mon collègue à l'Académie (1). M. Burggraeve commence par préparer des attelles en carton, selon les règles que j'ai établies. Ces attelles sont larges, au point d'envelopper tout le membre, sauf une ligne d'intervalle laissée entre elles. Elles sont ensuite mouillées, de façon à être à demi ramollies ; on colle sur leur surface interne des morceaux de compresses, pour empêcher qu'elles ne puissent être brisées ; puis il recouvre cette même face d'une épaisse couche de ouate (trois ou quatre doubles, formant une épaisseur d'une dixaine de centimètres (environ deux pouces et demi).

Cela fait, on dispose le membre convenablement ; on effectue la réduction si c'est une fracture ; et on l'entoure avec les cartons préparés comme il vient d'être dit. Ceux-ci sont immédiatement serrés et maintenus au moyen de liens ou de courroies, bouclées, qui permettent de se passer d'aides. On amidonne leur face externe, et on les fixe définitivement à l'aide d'une bande roulée méthodiquement à partir de l'extrémité du membre vers sa racine et fortement serrée. A mesure

(1) *Presse médicale belge*, janvier et février 1849, janvier 1850. *Mémoire sur le traitement des fractures des membres*, couronné par l'Académie de médecine de Belgique ; par le docteur J. Crocq.

que le chirurgien remonte avec les tours de bandes, un aide desserre les liens ou les courroies devenus inutiles. Les tours de bandes sont collés avec de l'amidon, comme dans le procédé ordinaire.

Autrefois, M. Burggraeve plaçait sous le membre une seule feuille de carton mouillé, matelassée d'une épaisse couche de ouate. Il déchirait ensuite la feuille de carton en lanières, comme un bandage multichef, et ramenait chaque lanière autour du membre, comme une bandelette de Scultet. Le membre, ainsi enveloppé, était soulevé tout d'une pièce, et entouré de la bande roulée.

Le chirurgien de Gand paraît avoir renoncé à cette manière de faire, sans doute pour le motif que j'indiquerai tout à l'heure.

On coupe longitudinalement l'appareil ouaté, en l'entoure, on visite le membre, on le resserre, on y pratique des fenêtres et des ouvertures, le tout comme dans mon appareil. C'est donc bien toujours la même méthode, la méthode amovo-inamovible.

La seule différence entre cet appareil et le mien, c'est que la peau ne se trouve plus en contact immédiat avec du linge, bandes ou compresses, mais avec de la ouate.

Selon M. Burggraeve, la toile se durcissant par la pénétration du liquide amidonné, en formant des plis, donne lieu à des phlyctènes; la ouate imperméable, douce au contact, n'a pas cet inconvénient. La compression est rendue plus uniforme, et l'on n'a pas autant à craindre d'étrangler le membre en serrant inégalement : car la ouate, corps mou au plus haut degré, remplit exactement tous les vides, se monte sur toutes les saillies, à peu près comme le ferait le plâtre ou le sable mouillé. Les saillies sont aussi par cela même protégées et le compressimètre devient inutile. Lorsqu'il y a hémorrhagie ou suppuration, la ouate est seule souillée, et il suffit d'enlever les parties qui le sont et de les remplacer, ce qui est plus facile que d'ôter et de remplacer des bouts de bande.

A cela je répondrai, que la première couche de bandes ne doit jamais être enduite d'amidon; et la seconde doit être seulement loin des saillies que le linge n'irrite pas par son contact, et que les plicatures sont révélées par la douleur qu'elles causent, ou par l'inspection du membre, que les coussinets dont je me sers protègent les saillies de la même manière; enfin que, si des parties du bandage sont souillées, je puis facilement interposer entre elles et le membre, des morceaux de linge, de la ouate ou de l'étoupe, qui empêchent le contact. Dans les cas où l'on pratique de petites ouvertures pour l'écoulement du pus,

celles-ci seront souvent bouchées par la ouate qui viendra s'interposer. Je dirai même plus ; avec la bande roulée immédiatement sur la peau, je gradue, je dose mieux la compression que lorsque je dois le faire à travers une épaisse couche de ouate. Je fais une compression organique, rationnelle, physiologique, qu'un corps intermédiaire, quel qu'il soit, doit toujours rendre moins parfaite.

Mais là n'est pas encore, selon M. Burggraeve, la principale action de l'appareil ouaté. Celle-ci consiste, dit-il, à entretenir une chaleur douce, uniforme, égale à celle du sang ; il l'appelle incubation, et la compare à l'incubation exercée par les oiseaux sur leurs œufs. C'est la condition sous laquelle se produisent les premiers tissus organisés ; elle doit donc aussi être la plus apte pour favoriser leur reproduction, hâter la consolidation des fractures, la cicatrisation des plaies, la résorption des fluides épanchés, résoudre l'inflammation, et calmer la douleur. Aussi, sous l'influence de cet appareil, la douleur et la chaleur excessives disparaissent-elles bientôt, pour faire place à une sensation de bien-être, de chaleur douce et uniforme.

Cette action incubatrice, je ne chercherai pas ici à la mettre en doute ; seulement, je crois qu'elle est déjà réalisée par mon appareil primitif. En effet, lui aussi enveloppe le membre d'une coque dure, impénétrables aux agents extérieurs et à l'air ; il exerce donc une véritable incubation. D'autre part, dans les fractures, l'emboîtement immédiat du membre dans les cartons ne permet pas d'effectuer la coaptation avec autant de régularité, avec autant de précision, que l'application préalable des bandes roulées et des bandelettes. Dans la plupart des cas, je préfère donc encore mon appareil primitif. Je ne conteste pas pourtant que le contact de la ouate, en excitant la peau, ne puisse être utile, ni qu'elle ne maintienne mieux la chaleur. Aussi, je crois que l'appareil ouaté serait surtout applicable dans les fractures avec forte commotion et stupéfaction du membre, dans les tumeurs blanches chroniques rebelles et indolentes, et en général partout où il y a un défaut de vitalité. Depuis longtemps dans ces cas, je recouvre le membre de ouate appliquée à nu ou façonnée en coussinets, sans que j'eusse jamais songé à ériger cette pratique en un procédé particulier ; je me sers aussi de bandes en flanelle ou en coton, dont l'action est tout à fait la même.

L'appareil de M. Burggraeve n'est donc en définitive que le mien adapté aux indications de certains cas particuliers, comme je l'avais déja fait moi même.

§ VI. — *Appareil amidonné avec addition de bandes élastiques en caoutchouc.*

MM. King et Christophers, de Londres, ont proposé d'appliquer autour de mon bandage, après qu'il a été fendu longitudinalement, un certain nombre de bandes élastiques en caoutchouc, munies de boucles pour les serrer à un degré convenable et pouvoir ainsi suivre graduellement le volume du membre, c'est à-dire, de rétrécir ou dilater à volonté le bandage. Cette modification, tout ingénieuse qu'elle est, m'a paru une complication inutile, la même indication étant convenablement mieux remplie dans ma méthode, en se comportant comme je l'ai suffisamment expliqué en parlant de la section du bandage.

De l'examen auquel je viens de me livrer, il résulte, si je ne me trompe, que les prétendus perfectionnements qu'on a voulu introduire dans la méthode amovo-inamovible ne sont que des emprunts mal déguisés, des contrefaçons inutiles et même nuisibles, ainsi que je l'ai dit en commençant ce chapitre. Le lecteur a pu se convaincre aussi que ma méthode, toute rationnelle, est basée sur des principes fixes, immuables, bien que se prêtant à toutes les exigences, à toutes les indications qui peuvent se présenter, et les détails dans lesquels je suis entré relativement à ses procédés ont démontré *a fortiori* sa prééminence sur les autres. Cela ressortira plus clairement encore du mode d'action du bandage amidonné.

Chapitre IV. — *Mode d'action de la méthode amovo-inamovible.*

Le mode d'action de la méthode amovo-inamovible peut se rapporter à la production de deux effets principaux, l'un dépendant de la compression que le bandage amidonné exerce sur les parties molles, l'autre étant relatif à l'influence qu'il a sur la position respective des fragments dans le cas de fracture. Étudions les phénomènes qui résultent de cette double action thérapeutique, et nous arriverons à démontrer qu'aucun des appareils contentifs imaginés antérieurement, ne réunit les mêmes avantages.

Et d'abord, remarquons que le bandage amidonné se distingue des autres agents contentifs par l'étendue considérable de sa surface agissante, qui est répartie sur tous les points de sa circonférence et de sa longueur Or, les effets de la compression circulaire sur une surface étendue, lorsqu'elle est modérée, sont : « de seconder l'action de la « contractilité du tissu des parties sur lesquelles elle est exercée, de

« faciliter la circulation de la lymphe et du sang veineux, de ramener « à un moindre volume les parties comprimées, de prévenir ou au « moins de modérer les engorgements œdémateux, les infiltrations « sanguines, de favoriser la résorption des fluides épanchés, de main- « tenir les muscles dans leur position naturelle et de s'opposer aux « effets de leurs contractions irrégulières ou trop violentes, etc. (1). » Ces effets, mon appareil est susceptible de les produire, car il est facile de lui donner les qualités nécessaires à une compression douce, méthodique et uniforme, efficace et nullement dangereuse, parce qu'elle est simplement *contentive*. Distribuée avec une égale intensité sur tous les points où elle s'exerce, elle s'oppose à ce que des parties moins comprimées que les autres, ne se congestionnent, en même temps qu'elle favorise la circulation des fluides et la résorption du sang extravasé ; elle produit ainsi un effet antiphlogistique plus efficace que tout autre agent thérapeutique appliqué localement. Cette compression n'est jamais plus parfaite qu'immédiatement après l'application de l'appareil ; à partir de ce moment, elle tend graduellement à diminuer et finit même par disparaître. En voici la raison : les bandes ou les bandelettes séparées qui ont servi à confectionner le bandage, imprégnées de la solution amylacée, se contractent et se resserrent au moment de l'application, et reviennent à leur état primitif à mesure que l'évaporation s'opère, d'où il suit qu'elles s'étendent par la dessiccation. Il résulte donc de ce phénomène, ainsi que du dégorgement plus ou moins considérable du membre, un petit intervalle entre les surfaces d'application et le bandage. C'est pour parer à cet inconvénient, et afin de restituer à l'appareil les propriétés que lui a fait perdre la dessiccation, qu'il est essentiel d'en faire la section longitudinale et de rapprocher les valves.

La compression, telle que l'admet la méthode amovo-inamovible, c'est-à-dire toujours maintenue dans de justes bornes et ne dépassant jamais le degré contentif, ne peut donc produire les accidents qui résultent immanquablement d'une constriction trop forte ou irrégulière, et à laquelle on peut, à bon droit, reprocher d'occasionner des accidents graves, tels que la gangrène, l'atrophie des organes, etc. Ma méthode est à l'abri de pareils défauts : l'appareil, par sa construction, permet au praticien de surveiller en tout temps son action, de modérer ou d'augmenter la compression, de s'assurer de l'état des parties, de parer ainsi au moindre accident ou d'en prévenir la manifestation.

(1) *Dictionnaire de médecine*, 2e édition, art. *Compression*.

La manière dont le bandage amidonné se comporte pour rétablir et retenir les fragments dans des rapports convenables, a été si bien exposée dans le Mémoire de M. le docteur Deroubaix (1), qui a puisé ses idées dans ma clinique, que je serai obligé de lui faire de fréquents emprunts Le bandage exerce ici deux modes d'action bien distincts : le premier comprend la compression des pièces osseuses, le second consiste dans un double effort d'extension et de contre-extension.

1° *La compression des fragments* présente, dans la méthode amovo-inamovible, une convenance du remède avec le mal, une sûreté dans les résultats, que l'on chercherait en vain dans les autres appareils. « Ce n'est plus comme l'appareil à attelles, cette propriété vague et incertaine de coaptation, assignée à deux ou plusieurs corps solides, qui ne semblent faire disparaître d'un côté les saillies osseuses anormales que pour leur laisser la liberté de reparaître dans un autre sens. Ce n'est également plus, comme dans la méthode à suspension, cette force contentive attribuée à une surface plane qui doit soutenir un corps rond dans une position invariable, et qui, n'agissant point par elle-même, ne peut maintenir la réduction qu'aussi longtemps que le membre y reste appliqué en vertu de son propre poids. C'est, au contraire, une action uniforme, régulière, constante, appropriée par sa qualité circulaire à la forme des organes qui doivent la ressentir, et opérée par une force qui semble avoir calculé tous les déplacements possibles pour s'y opposer de tous les côtés à la fois. Rien de rude, de saccadé, dans l'exercice de cette force ; elle peut se déployer mollement, quoique avec sûreté, parce qu'un grand nombre de parties sont admises à en recevoir en même temps les effets, et qu'elle ne doit par conséquent pas concentrer sa puissance sur un espace peu étendu. Les saillies, les enfoncements, ressentent également son influence, parce que le bandage amidonné jouit de la faculté de présenter des enfoncements aux premières, et des saillies aux secondes. Les muscles, comprimés partout avec la même intensité et d'une manière perpendiculaire, éprouvent par là un obstacle à leur contraction qui tendrait à produire des déplacements, et ne peuvent cependant éluder en aucune manière l'action du moyen compressif. Ils restent en place, parce qu'ils ne trouvent aucun endroit vers lequel ils puissent se porter pour exercer leurs fonctions avec plus de liberté. Les os fracturés

(1) *Mémoire sur cette question : Quel est le meilleur mode de traitement dans les fractures des membres ?* inséré dans le *Bulletin médical belge, numéro de décembre* 1836.

tendent à conserver les rapports qu'on leur a imposés, parce qu'ils se trouvent assujettis médiatement dans tous les points de leurs faces, et aussi bien à leurs extrémités que dans l'endroit où siége la solution de continuité ; tout mouvement de bascule, de latéralité, de rotation même, se trouve par là rendu impossible. Ceci est rendu plus certain encore par le maintien solide des os voisins qui sont intimement unis aux pièces fracturées, et influent sur leurs mouvements. L'irrégularité des contours et des dimensions du membre dans les différentes régions où on l'examine, loin d'être un obstacle à l'efficacité des moyens de contention, est une garantie de plus pour l'immobilité des fragments, parce que l'appareil amidonné s'engrenant, s'il est permis de m'exprimer ainsi, dans toutes les inégalités qu'il rencontre, rend par cela même plus difficile que jamais tout glissement des surfaces vivantes sur les parois internes. »

2° L'*extension* et la *contre-extension*, opérées par mon appareil, ne ressemblent en rien aux phénomènes produits par les moyens mécaniques inventés par Desault, Boyer, Dupuytren, dont on ne peut calculer au juste la puissance. « L'appareil amidonné, pour restituer aux os leur longueur par un chevauchement, n'emploie point une force qui s'exerce seulement sur deux extrémités opposées du membre raccourci, et n'expose point, de cette manière, celle-ci à s'altérer, à cause du peu d'étendue des surfaces qui doivent supporter une traction assez considérable. Il n'est également point exposé à sortir des bornes au-delà desquelles un déplacement contraire à celui auquel on doit remédier peut avoir lieu, comme il paraît que cela s'est vu lorsque l'on mettait en usage les appareils dont il vient d'être question. Semblable à un aide intelligent, destiné à prêter son concours salutaire pendant toute la durée du traitement, il ne fait que maintenir en place les rapports nouveaux que la main du praticien a donnés aux fragments pendant coaptation. Ce n'est point, si l'on veut être rigoureux sur les termes, une extension et une contre-extension véritablement *actives* qu'il opère. Il reste passif jusqu'au moment où les pièces fracturées tendent à reprendre leur position vicieuse par un mouvement rétrograde. Alors seulement il résiste au déplacement par sa force d'inertie, en retenant pour cela les parties qui ont une propension à se déplacer par un nombre de points plus ou moins considérable.

« Citons quelques exemples pour tâcher de mieux faire comprendre nos idées en les rattachant à des choses sensibles. Figurons-nous une fracture oblique de la cuisse pour laquelle un bandage amidonné aura

été appliqué. Si un effort quelconque vient inviter le fragment inférieur à glisser sur l'autre de bas en haut, tous les endroits du bandage où il existe une incurvation tant soit peu prononcée résisteront à la fois. Ainsi, si l'on a employé l'extension, le pied d'abord sera arrêté par la portion de l'appareil qui recouvre sa face supérieure ; le talon, les malléoles rencontrent un obstacle dans le rétrécissement qu'affecte le moyen contentif au-dessus d'eux ; le mollet éprouvera de la résistance de la part de l'amidonné qui se porte vers le creux du jarret, et ceux qui répondent au cou-de-pied et à la partie antérieure-inférieure de la jambe, qui seront appelés à vaincre l'effort rétrograde ; car celui-ci, en même temps qu'il sollicite l'ascension de la partie inférieure de la jambe, tend à la redresser aussi sur la cuisse. Dans tous les cas, le point d'appui des forces de résistance sera pris de proche en proche sur le bassin, qui deviendra ainsi le siége de la contre-extension (1). » Toutefois, j'ajouterai, que pour maintenir cette propriété d'extension et de contre extension, l'appareil doit être souvent visité, afin de le maintenir d'une manière exacte sur toute l'étendue du membre.

Le bandage amidonné possédant la propriété de conserver aux fragments et aux os contigus à chacun d'eux, une position respective et invariable, la locomotion générale peut être permise sans qu'on doive craindre le moindre dérangement dans la coaptation. Emboîtant solidement les articulations voisines de l'endroit lésé, il représente une colonne creuse, qui tient lieu, à l'extérieur du membre, de soutiens brisés à son centre, et qui supporte seule les effets du changement de situation qu'éprouvent les os voisins. Le bassin vient-il à changer de position, pendant que le membre abdominal est enveloppé du bandage, les mouvements se transmettent directement à la partie supérieure de la botte amidonnée qui entraîne avec elle et tout d'une pièce, la jambe, le pied et la cuisse dans la direction nécessaire, et cela sans le moindre dérangement. En supposant la station effectuée sur le membre lésé, bien que ma méthode proscrive ce genre de locomotion, le bassin soutient le poids du corps et le transmet tout entier à l'appareil.

3° Le bandage amidonné peut également être mis en usage, avec autant de succès, lorsque la coaptation exige la *flexion* ou l'*extension* du membre lésé. Il s'accommode parfaitement de ces positions, et permet en outre de donner au membre l'attitude jugée nécessaire : des positions mixtes, résultant de l'usage simultané de l'extension, de la pronation, de la flexion, de la rotation, de l'adduction ou de l'abduc-

(1) Deroubaix : Mémoire cité.

tion. Ainsi, s'il se présentait un cas où le bras dût être maintenu éloigné du corps, il posséderait la faculté de le contraindre à tenir cette attitude; il en serait de même s'il pouvait être utile d'allier une forte pronation de l'avant-bras avec sa flexion, la flexion d'un seul doigt avec l'extension des autres doigts, une forte rotation du pied en dedans ou en dehors, et dans mille autres variétés de position que l'on se figure aisément, et qu'il serait trop long d'énumérer ici. Ces détails trouveront place dans des articles spéciaux qui seront traités dans la troisième partie de cet ouvrage.

Tout ce qui précède s'applique non-seulement aux fractures, mais encore et tout aussi bien à une foule d'autres affections chirurgicales, à toutes celles dans lesquelles peuvent être avantageuses la compression et l'immobilité. Car telles sont les deux propriétés essentielles qui constituent la base des applications de ma méthode ; et sa supériorité consiste justement à permettre de les réaliser dans tous les cas, de les approprier à toutes les circonstances.

Chapitre V. — *Réfutation des objections faites à la méthode amovo-inamovible.*

Les objections faites à ma méthode l'ont été la plupart du temps par des personnes qui ne la connaissaient pas, ou qui du moins ne la connaissaient pas par la pratique. Aussi sont-elles extrêmement faciles à réfuter, et les hommes qui ont employé mes procédés en feront de suite justice. Cependant comme on les reproduit encore tous les jours, j'ai cru devoir les énumérer et les réfuter.

1° L'appareil amidonné est inamovible ; il cache le membre aux regards, et laisse aux accidents les plus formidables la faculté de se développer. — Cette objection n'a pu être faite que par des personnes qui ne le connaissent que par ouï dire ; car c'est un des préceptes de la méthode amovo-inamovible, de fendre la coque formée par le bandage, pour pouvoir inspecter le membre aussi souvent qu'on le veut. Cette section peut avoir lieu, au besoin, dans la journée même de l'application.

2° Dans les fractures, les phlegmons diffus, les panaris au début, etc., il empêche le gonflement, la tuméfaction de se développer. — Mais est-ce donc là un désavantage ? Et pourquoi faut-il laisser au membre malade la latitude de se gonfler à volonté ? Serait-ce pour avoir le plaisir de combattre ensuite le gonflement, de le voir disparaître sous l'influence des moyens qu'on emploie dans ce but ? — Si, par suite

de la gravité de la lésion, le gonflement a une tendance irrésistible à se développer, on ne doit pas craindre que l'étranglement et le sphacèle puissent se produire; car la section de l'appareil permet de constater à chaque instant l'état des parties, et de le relâcher si c'est nécessaire.

3° La compression, même circulaire, peut déterminer le sphacèle. — Ici deux circonstances peuvent se présenter. Ou bien le sphacèle surviendra par suite du gonflement, et il sera dû à la négligence du chirurgien qui ne se sera point assuré de l'état des parties. Ce sera d'autant plus inexcusable que ce cas ne peut arriver que dans les lésions d'une grande gravité. Ou bien il sera la suite d'une compression immodérée et inégale; et alors il sera dû à la maladresse du chirurgieu, qui aura employé un moyen dont il ignore le mode d'application et les effets, et en même temps à sa négligence. En effet, si même l'appareil a été mal appliqué, on le reconnaîtra par l'inspection subséquente, et l'on pourra corriger ses défauts. Ne pas le faire, c'est, je le répète, une négligence dont la méthode ne peut être rendue coupable. Ainsi, j'ai vu les doigts gangrénés chez un enfant par suite de l'application de mon appareil; le chirurgien n'avait pas comprimé la main, il avait, au contraire, serré à tour de bras l'avant-bras, à tel point que les bords des bandes y étaient imprimées dans la peau; enfin, il n'était plus revenu s'assurer de l'état de son blessé, qui était resté ainsi 6 jours sans le voir. Agir ainsi, c'est rechercher les accidents; en rendre ensuite la méthode responsable, c'est agir d'une manière par trop commode.

4° Le contact des bandes amidonnées avec la peau l'irrite et l'excorie. Mais la face interne de la première couche de bandes n'est pas amidonnée; le linge y garde donc sa souplesse et sa douceur naturelles. — Les excoriations que la pression pourrait déterminer sur les saillies osseuses et tendineuses seront prévenues par l'application de coussinets d'étoupe ou d'ouate, comme je l'ai indiqué; même si, sur une peau fine ou malade on craint l'effet des plis ou des bords des bandes, on peut garnir tout le membre d'une couche d'ouate, comme le fait M. Burggraeve.

5° On a dit que la coque amidonnée, surtout si on l'applique d'emblée, comme je le recommande, deviendra bientôt trop large, par suite du retrait et de l'amaigrissement du membre. On a dit qu'alors les fragments pourraient s'y mouvoir, et *y jouer aussi librement qu'un pilon dans un mortier*. — Cette objection, comme la première, provient

de la confusion de la méthode amovo-inamovible avec la méthode inamovible; elle n'a pu être faite, comme elle, que par des gens qui ne connaissaient pas la première, et qui la jugeaient de leur cabinet.

6° Lorsqu'on écarte les bords de l'incision pour inspecter le membre, la contention n'existe plus, et les fragments, si c'est une fracture, peuvent se déranger. — Cette objection tombe juste si l'on emploie la dextrine, ou l'appareil de M. Laugier, ou même celui de M. Lafargue, ou bien si entre les attelles en carton on ne laisse aucun intervalle, qu'on les fasse empiéter l'une sur l'autre. Alors, en effet, on devra faire effort contre les deux bords de l'incision à la fois pour les écarter; et tout en faisant cet effort, on tendra à faire remonter le fond de la coque, et l'on favorisera ainsi le déplacement. Avec l'appareil tel que je l'applique, ces inconvénients n'existent pas. Il y a entre les différents cartons un intervalle dans lequel les bandes ne sont même que peu amidonnées; après la section, cet intervalle tient lieu de charnière, l'autre restant appliquée sur le membre, et y étant maintenue par une ou plusieurs mains qui remplace celle que l'on ouvre. De cette façon, le membre n'est jamais dénué de soutien, et l'immobilité est maintenue.

7° Le bandage incisé, dit M. Malgaigne (1), ne présente plus la même solidité. — Mais tous ceux qui ont vu le bandage amidonné coupé longitudinalement et recouvert ensuite d'une bande amylacée, n'ont jamais remarqué qu'il fût pour cela moins propre à remplir l'usage qu'on en attend. Et, en effet, après comme avant, les conditions ne sont-elles pas les mêmes? Ne sont-ce pas toujours des attelles en carton réunies par des bandes enduites d'amiden?

8° On applique le bandage: il est parfaitement moulé sur toutes les saillies, sur tous les enfoncements du membre; celui-ci diminue de volume; on incise la coque, et l'on en rapproche les bords. Évidemment, disent mes adversaires, le moulage ne sera plus exact, et la faculté contentive que vous lui attribuez à un si haut degré, sera nécessairement beaucoup moindre, et la compression sera, non plus circulaire, mais inégale et irrégulière. — Cette objection est à coup sur une des plus spécieuses; mais elle tombe devant les faits. Le bandage amidonné, lorsqu'il est entier, formant un tout continu, a toute la rigidité nécessaire pour pour exercer une bonne contention, et empêcher le déplacement. Mais cette rigidité n'est pas telle que, après la section, les valves isolées ne puissent céder sous la pression de la

(1) *Bulletin de thérapeutique*, novembre 1839.

bande par laquelle on les maintient, et s'accommoder ainsi de nouveau à la forme du membre. Cela est d'autant plus vrai, que ces changements de rapport ne sont jamais bien considérables. Si pourtant le contraire arrivait, on le verrait facilement, et l'on pourrait ramollir le bandage avec un peu d'eau vis-à-vis du point où l'accommodation ne se ferait plus; cela suffirait pour lui donner toute la flexibilité désirable, sans qu'il en résulte aucun inconvénient. Mieux vaudrait encore interposer en cet endroit une légère couche de ouate ; la ouate, comme le dit M. Burggraeve, se tasse par la compression, se distribue en quelque sorte sur le membre comme le feraient le plâtre ou le sable mouillé, l'égalise et régularise la compression. — Enfin, j'ajouterai que le défaut de relation dont je parle ne peut avoir lieu que vis-à-vis des saillies, qui, si l'appareil a été bien appliqué, sont garanties par de la ouate ou des coussins ; dans la presque totalité des cas, il est donc inutile d'employer ces moyens, que j'ai seulement indiqués pour que dans aucun cas aucune objection ne restât debout.

9° L'emploi de ma méthode empêche de remplir les indications spéciales qui surviennent dans certaines fractures. Telles sont celles remplies par l'attelle cubitale et par l'attelle péronière de Dupuytren ; telle est encore celle remplie par la vis de M. Malgaigne, et consistant à repousser en arrière le fragment supérieur du tibia dans les fractures obliques de la jambe. — Ces indications sont au contraire très-bien remplies : dans les fractures du radius et du péroné, on peut, avant la dessication du bandage, y ajouter l'attelle de Dupuytren; après, elle n'est plus nécessaire, l'appareil étant par lui même capable de maintenir la coaptation. Dans les fractures obliques de la jambe, comme je le dirai du reste plus loin, et dans toutes celles où une pression spéciale doit être exercée, on y arrive au moyen de compressions amassées sur le point où elle doit avoir lieu.

10° Il ne s'oppose pas au raccourcissement dans les fractures obliques. — Cette objection va juste à l'encontre des faits : car c'est lui au contraire qui procure les raccourcissements les moins considérables et les moins nombreux. Bien souvent il m'est arrivé de guérir sans raccourcissement des fractures du fémur et de son col. Et cela se conçoit : car, comme je l'ai dit, il exerce sur le membre une extension et une contre-extension des plus exactes, en tenant toujours à la même distance les diverses saillies ; il tend, en un mot, à le faire rester tel qu'on l'a rendu, à maintenir bien exactement la coaptation. En même temps, il s'oppose à la contraction des muscles en les comprimant. —

Mais, dira-t-on, il ne possède en plein ces propriétés qu'après dessication ; avant, il n'est pas encore assez solide, il peut céder ou se déformer. — C'est pourquoi je conseille l'emploi d'attelles provisoires, et, dans les fractures du fémur et de son col, l'emploi de poids extensifs et contre-extensifs. A l'aide de ces moyens, il n'est pas d'appareil à extension continue qui fournisse d'aussi beaux résultats que le bandage amidonné.

11° D'après M. Gaillard, de Poitiers, il manque d'une base large, sur laquelle le membre repose sans pouvoir vacciller et s'incliner ; pour satisfaire à cette condition, il faudrait une planchette large sur laquelle il repose (1). — C'est vrai ; mais qu'est-ce que cela fait ? Puisque le bandage ne fait qu'un seul tout avec le membre, et qu'il est rigide et continu dans les mouvements, ce n'est pas réellement le membre qui se meut, c'est la coque toute entière. Ainsi, dans une fracture de jambe, l'appareil remonte jusqu'au dessus du genou ; aucun mouvement ne peut avoir lieu au-dessous ; tous se passeront donc dans l'articulation coxo-fémorale ; et que peuvent ces mouvements sur la fracture ? D'ailleurs, l'expérience prouve que cette objection, comme toutes les autres, est plutôt élaborée dans le cabinet de l'écrivain qu'au lit du malade.

12° Dans les cas qui en exigent l'emploi, la méthode amovo-inamovible empêche de mettre en usage les topiques dont l'expérience a démontré l'efficacité, tels que sangsues, cataplasmes, eau froide, etc. ; elle les exclut. — Dans une foule de cas, l'emploi de la méthode rend ces topiques inutiles, la compression agissant bien plus efficacement contre les états morbides qu'ils sont destinés à combattre. Mais si l'on veut les employer, elle ne les exclut pas ; ainsi, qui empêche d'ouvrir la coque pour appliquer des sangsues ou des cataplasmes, et de la refermer ensuite ? Quant à l'eau froide, je n'emploie jamais les irrigations, qui exposent à inonder le malade et à lui faire contracter diverses affections internes. Je les remplace par des vessies remplies de glace que j'applique sur la coque au travers de laquelle le froid exerce très-bien son action.

13° Les ouvertures pratiquées dans le bandage pour l'écoulement du pus, produisent l'étranglement des parties qu'elles interceptent. Mais ces ouvertures sont très-petites, trop petites pour étrangler ; tout au plus des bourgeons charnus peuvent-ils s'y engager, et alors on les réprime en exerçant une compression sur la charpie placée vis-à-vis

(1) *Gazette médicale de Paris*, avril 1850.

de ces ouvertures. Quant aux grandes fenêtres, elles sont ouvertes et fermées au moyen d'une petite valve ou d'un clapet, fixé par une bande roulée; il n'y a donc pas d'interruption dans la compression.

14° M. Malgaigne a cité plusieurs observations, desquelles il a conclu que mon appareil, par sa compression trop exacte, empêchait la formation du cal provisoire, et s'opposait à la consolidation. — Je n'ai jamais vu de pseudarthroses dues à cette cause; nous voyons, au contraire, les fractures des os superficiels, tels que le tibia, guérir très-bien sans cal provisoire. Celui-ci peut donc fort bien manquer, et son existence semble même marquer une imperfection dans la coaptation ou dans la contention. Quant aux faits, très clair-semés, cités par M. Malgaigne, je crois que l'on doit les rapporter à ceux dans lesquels, par suite de dispositions particulières, générales ou locales, la consolidation ne s'opère pas, quel que soit d'ailleurs l'appareil mis en usage.

15° Il détermine, dit-on, une raideur articulaire plus forte qu'aucun autre, et même l'ankylose, par sa longue et parfaite immobilité dans laquelle il maintient les membres. — Ici, encore une fois, on le confond avec les inamovibles. Mais justement l'un de ses avantages, c'est de permettre de faire exécuter des mouvements passifs sans déranger les fragments. En effet, on fend la coque transversalement de part et d'autre de l'articulation; on la resserre alors sur le segment où siége la fracture; on fait exécuter tel mouvement que l'on veut, puis l'on referme le tout, et l'immobilité reparaît. On répète ces manœuvres aussi souvent qu'on le veut, et sans risquer de déranger les fragments comme lorsqu'on emploie les autres appareils.

Pour le dire en passant, cette objection et la précédente rendent hommage aux propriétés exactement contentives du bandage amidonné que quelquefois on a voulu mettre en doute.

16° Ces propriétés expliquent aussi pourquoi les mouvements généraux et la déambulation sont possibles dans les fractures de toutes les parties des membres. En effet, tous les mouvements se passent dans l'articulation située au dessus du bandage, et dans ces mouvements, celui-ci et le membre constituent un seul tout qui se meut tout d'une pièce. Il y a donc à la fois mobilité *générale* et immobilité *locale*. Il est vrai que l'on a objecté que l'action de prendre un point d'appui sur le membre fracturé, tendait à déranger les fragments, à les faire jouer, et à déformer l'appareil. Mais je ne laisse jamais mar-

cher un malade sur le membre lésé, je suspens celui-ci ou je le fais reposer sur un support, comme je l'ai dit et comme je le dirai encore. Les personnes qui ont fait cette objection avouent donc qu'elles n'ont jamais vu l'application de ma méthode ; et je suis étonné de la retrouver encore dans l'ouvrage de M. Malgaigne.

17° On a parlé aussi de la difficulté de l'application et du prix. Quant à la difficulté et à la durée, dès qu'on a un peu d'habitude, elles disparaissent. Quant au prix, j'ai démontré qu'il coûtait moins que tous les autres appareils. Je coupe les bandes, dit-on, je les abîme ; mais on peut pour cet usage prendre du mauvais linge ; et d'ailleurs tous les appareils et machines ne coûtent-ils pas bien plus ? Et le séjour au lit prolongé, le compte-t-on pour rien ? – A la campagne, on n'a ni machines ni appareils ; quelle que soit leur simplicité. Pourtant, le blessé est là, et il faut le secourir. Eh bien ! dans la moindre cabane du paysan, ne trouve-t-on pas toujours du linge, de l'amidon, et des débris d'une boite en carton ; au besoin, la mousse, l'herbe, remplaceront la ouate pour garnir les saillies ; enfin, s'il n'y a pas de carton, des petites branches, des baguettes, placées comme les fils de fer parallèles dans l'appparoil gypso-amylacé de M. Lafargue.

Troisième partie. — *Applications cliniques de la méthode amovo-inamovible.*

La méthode amovo-inamovible appliquée d'abord au traitement des fractures, n'a pas tardé à me révéler les avantages que l'on pouvait retirer de son emploi dans une foule d'autres maladies chirurgicales où une compression douce et méthodique est indiquée, et plus spécialement dans les lésions articulaires, les luxations, l'entorse, les tumeurs blanches, etc. Son usage s'est généralisé et a pris une extension considérable ; l'expérience est venue confirmer les espérances que j'avais conçues, et les résultats de mes tentatives sont tels et je compte aujourd'hui des succès si nombreux, qu'il n'est plus permis de douter des propriétés dont sont doués les procédés de ma méthode. Pour mettre plus de clarté dans l'exposé des applications pratiques de cette dernière, je diviserai cette partie de mon travail en deux ordres : dans le premier, je traiterai des lésions du squelette (fractures, luxations, entorses) et des lésions des tissus (plaies, ruptures et sections des tendons et des muscles) ; le second comprendra les maladies chirurgicales dans lesquelles le bandage amidonné peut être employé avec avantage.

Ordre premier. — *Lésions chirurgicales.*

Sous ce titre, je comprendrai les lésions du squelette et celles des tissus. Il se subdivisera donc en deux sections distinctes.

Section première. — *Lésion du squelette.*

Cette section comprenant les fractures et le déplacement des surfaces articulaires des os des membres, se divise naturellement en deux chapitres.

Chapitre premier. — *Fractures.*

On sait que l'on donne le nom de fracture à la solution de continuité d'un ou de plusieurs os, produite par une cause extérieure. On sait aussi qu'une fracture est *simple* quand il n'y a qu'un seul os de brisé et que les parties molles voisines ont été peu endommagées ; *composée*, lorsque les deux os qui appartiennent à un membre, ceux de la jambe, par exemple, sont rompus ; *compliquée*, quand la fracture est accompagnée d'autres lésions plus ou moins graves, telles que de contusions, de plaies des parties molles, faites par les fragments osseux ou par un corps vulnérant, de blessures des gros vaisseaux, de luxation, etc., ou d'autres maladies, comme des convulsions, du tétanos, de douleurs vives, etc.; et *comminutive*, quand l'os est brisé en un grand nombre d'esquilles.

M'arrêtant plus particulièrement à la division des fractures en simples, compliquées et comminutives, j'ai à examiner ici la question d'opportunité de l'application du bandage amidonné à toutes ces variétés, comme moyen contentif. Je l'ai déjà dit, et tous les praticiens le savent, les indications curatives des fractures des membres, sont : 1° de réduire les fragments dans leur position naturelle; 2° de les maintenir, par des moyens contentifs, dans cette position pendant tout le temps nécessaire à leur consolidation ; 3° de prévenir les accidents qui peuvent se développer, ou de combattre ceux qui se sont déjà manifestés. La méthode amovo-inamovible remplit parfaitement et mieux que toute autre méthode, ces indications : la réduction se fait par les procédés connus et qu'il est inutile de répéter ici ; la contention, à l'aide de mon appareil, est aussi exacte qu'on puisse le désirer, et son action est telle que les os brisés, remis dans leur place naturelle, restent dans la plus grande immobilité, position si néces-

saire pour obtenir une bonne consolidation ; appliquée à temps, elle empêche le développement des accidents que l'on a à redouter, et si déjà ceux-ci se sont manifestés, elle permet l'application des agents thérapeutiques propres à les combattre, sans rien perdre de ses propriétés contentives, qualités précieuses qui la distinguent des autres procédés de déligation et lui donnent sur ces derniers une supériorité incontestable. On a pu se convaincre, par les développements que j'ai donnés à la seconde partie de mon travail, que je n'avance ici rien d'exagéré ; la théorie et l'expérience sont d'accord pour proclamer les avantages d'une méthode qui a fait ses preuves et qui se présente escortée par une masse imposante de faits.

Elle s'applique avec les mêmes avantages au traitement des fractures simples et des fractures compliquées et comminutives. Dans l'un comme dans l'autre cas, je procède immédiatement à la réduction et je place l'appareil ; c'est là ce qui constitue les conditions de succès attachées à la méthode; c'est là ce qui prévient la manifestation du gonflement inflammatoire et autres accidents. Bien des praticiens ne sont pas de cet avis, je le sais ; fidèles aux principes établis par nos prédécesseurs, quel que soit le moyen de déligation qu'ils adoptent, ils préfèrent placer le membre dans une position convenable, entouré ou non d'un appareil provisoire, jusqu'à ce que la période inflammatoire soit passée, et emploient, en attendant, les fomentations d'eau froide, les cataplasmes et autres médications propres à prévenir ou à combattre les accidents. Ce n'est que quand ceux-ci ne sont plus à redouter, au sixième, au huitième ou au dixième jour après l'accident, qu'ils se décident à placer le membre dans un appareil définitif. Ils se fondent, en grande partie, sur le peu d'inconvénient qu'il y a de ne pas maintenir les fragments unis, alors que les recherches pathologiques prouvent que le cal ne commence guère à se former qu'au huitième ou au dixième jour.

Cette assertion fût-elle vraie, rien ne m'explique la différence que l'on établit ici entre la cure des solutions de continuité du tissu osseux et celle des parties molles. Dans ces dernières, en effet, on s'empresse de réunir, de mettre en contact parfait les bords saignants de la division, sans s'inquiéter des accidents qui pourront survenir. Pourquoi cela ? Parce que, nous dit-on, la cicatrisation des plaies commence dès l'instant que les surfaces saignantes sont affrontées, et que l'inflammation, nécessaire à la formation du tissu inodulaire, ne tardera pas à survenir. Des accidents viennent ils à se manifester,

on les combat, sans pour cela supprimer les moyens de réunion.

Rien ne nous dit que ce qui se passe dans les solutions de continuité des parties molles, n'ait lieu aussi dans les ruptures osssuses. Les os, à la vérité, sont doués de moins de vitalité que les autres tissus, mieux fournis de vaisseaux sanguins et de nerfs, et le travail de cicatrisation doit, par conséquent, y être plus lent et beaucoup plus long ; mais des phénomènes analogues doivent s'y rencontrer, et alors on ne peut nier que le travail nécessaire à la formation du cal commence dès l'instant même de la fracture. Cela résulte évidemment des belles recherches de Dupuytren, qui a assigné cinq périodes à la réunion des fragments d'une fracture. Voici ce qu'il dit de la première, qui s'étend depuis l'instant de la fracture jusqu'au huitième ou dixième jour : « Au mo-
« ment de la fracture des os, la membrane médullaire, la moelle, le
« périoste, le tissu cellulaire, et quelquefois même les muscles sont
« déchirés ; le sang s'échappe des vaisseaux rompus, il entoure les
« fragments, se répand dans le canal médullaire, s'infiltre dans le
« tissu cellulaire ambiant. Bientôt les vaisseaux se resserrent, le sang
« cesse de s'en écouler ; *une inflammation légère se développe dans*
« *toutes ces parties.* Le tissu cellulaire, rougi par l'injection d'une
« multitude de petits vaisseaux, s'engorge, se condense, s'épaissit,
« perd son élasticité et acquiert une consistance remarquable ; il
« envoie des prolongements irréguliers dans les interstices des mus-
« cles, altère leur organisation, les fait participer en totalité ou en
« partie aux changements qu'il éprouve, les transforme en un tissu
« analogue à celui qu'il présente, les unit et les confond avec le pé-
« rioste qui, de son côté, s'est épaissi en se pénétrant d'un lacis assez
« considérable de vaisseaux rougeâtres très-déliés. La moelle rompue,
« ecchymosée, s'enflamme aussi, se boursoufle, se durcit, puis devient
« grisâtre et blanchâtre. Le canal médullaire se rétrécit par l'épais-
« sissement de sa membrane, qui prend un aspect rougeâtre et comme
« charnu par suite d'une sorte d'infiltration gélatineuse. Le caillot,
« résultat de l'épanchement primitif, est absorbé et disparaît. Une
« matière filante et visqueuse, quelquefois d'apparence gélatineuse,
« s'épanche entre les fragments ; quelquefois aussi il se développe
« entre eux une substance rougeâtre et comme tomenteuse, qui prend
« naissance entre les inégalités qu'ils présentent par des points rosés
« qui s'élèvent, se développent, se rencontrent et se confondent en
« s'entrelaçant. Cette production, dont la nature est peu connue,
« n'acquiert jamais une épaisseur et une consistance considérables ;

« elle s'unit en dedans avec la membrane médullaire, en dehors avec « les parties molles engorgées. . . . . (1). »

On le voit, le travail de cicatrisation entre les surfaces divisées d'un os, commence dès le premier jour, et c'est à partir de ce moment jusqu'au huitième ou dixième jour, précisément dans cette période de temporisation tant vantée par certains chirurgiens, que s'accomplissent des phénomènes importants qui doivent précéder le commencement de la consolidation. Temporiser, c'est donc retarder la consolidation, c'est perdre les avantages d'un travail préparatoire de la nature, nécessaire à cette dernière. Envisagée sous ce point de vue, la question devra être résolue en faveur de l'application immédiate (2).

Les partisans de la temporisation reprochent à la réduction immédiate d'aggraver l'inflammation ou d'en favoriser le développement par les tractions que l'on est obligé d'exercer sur le membre lésé, d'augmenter considérablement les douleurs, de gêner l'afflux des liquides, par la compression de l'appareil, et de s'exposer ainsi à avoir une gangrène à combattre.

Le raisonnement et des faits nombreux témoignent contre ces assertions toutes illusoires En effet, qui ne comprend tout d'abord que les fragments d'un os brisé restés au milieu des parties molles, doivent les irriter constamment par leurs pointes ou leurs aspérités, et que le moyen le plus héroïque pour les empêcher d'enflammer les parties ou de faire tomber l'inflammation, est de les remettre, aussitôt que possible, dans leur position naturelle, et de les tenir dans la plus parfaite immobilité? « S'il est vrai, dit M. Velpeau (3), que, tout en faisant « office d'épine au milieu des tissus, les os fracturés ne puissent pas « amener d'inflammation suppurative en moins de vingt-quatre « heures, il l'est aussi que cet accident surviendrait assez fréquem- « ment si on attendait de six à dix jours avant de les remettre en « place. D'un autre côté, aucun des reproches adressés à la méthode « opposée n'est réellement fondé. Ainsi la réduction des fractures, « opérée avec prudence, ne cause pas de plus vives douleurs au bout

(1) *Leçons orales de clinique chirurgicale* tome II, p, 49.

(2) « Deux bouts d'os encore saignants, des lambeaux de périoste encore fraîchement déchirés réunis et maintenus tout de suite en contact, devront, en effet, être dans des conditions plus favorables de cicatrisation et de consolidation, que ceux qui auront été éloignés pendant plusieurs jours. » (*Rapport de M. Marinus, sur les Mémoires envoyés en réponse à la question proposée par l'Académie royale de médecine de Belgique, sur le traitement des fractures*, p. 17.)

(3) *Leçons orales de clinique chirurgicale*, tome II.

« de quelques heures qu'au bout de quelques jours ; loin d'augmenter « les souffrances, l'appareil, appliqué convenablement, les calme au « contraire, d'une manière presque instantanée. . . . . « Au lieu d'exposer à la gangrène, la compression, mais une compres- « sion douce, modérée, bien faite, la prévient toutes les fois que cet « accident n'est pas imminent, et qu'il est possible de maintenir les « os dans des rapports convenables. »

Je suis heureux de trouver la pratique de M. Velpeau conforme à la mienne, quant à la question d'opportunité de l'application immédiate de l'appareil dans le traitement des fractures. Je partage aussi son avis, lorsqu'il dit que cette question ne devrait être discutée que pour les cas dans lesquels le membre fracturé est le siége d'un gonflement considérable ; car, dans les circonstances opposées, c'est à-dire lorsque la lésion n'a porté d'une manière notable que sur le tissu osseux, et que les parties molles sont saines, il ne peut y avoir le moindre doute sur l'utilité de l'application de l'appareil immédiatement après l'accident. Le gonflement qui se développe instantanément dans le membre fracturé, nous l'avons vu plus haut, n'est point le résultat de l'inflammation ; c'est un épanchement sanguin, constitué par l'extravasation du sang au milieu des parties molles, et les phénomènes inflammatoires n'ont pas eu le temps d'apparaître. Nous avons vu qu'une compression méthodiquement faite, à l'aide de l'appareil amovo inamovible, prévient de tels accidents en favorisant la résorption des liquides épanchés ; le gonflement, au lieu d'augmenter en volume et en étendue durant les premiers jours, comme cela a lieu dans le système de temporisation, diminue graduellement et disparaît rapidement sous l'influence bienfaisante de l'action contentive du bandage. C'est là un fait acquis à la pratique et qui ne peut être contesté que par des esprits rétrogrades qui ne veulent pas se rendre à l'évidence des faits observés par leurs confrères.

Pour moi, et je parle ici d'après une longue expérience et fondé sur un nombre considérable de faits, pour moi, dis-je, il n'y a pas de différence à établir ; quel que soit l'état des parties affectées, que la fracture soit simple ou compliquée, ou comminutive, l'appareil doit être appliqué aussitôt que le malade vient réclamer les secours de l'art.

La fracture est-elle simple, sans que les parties molles en soient sensiblement affectées, la compression contentive du bandage amidonné a le double avantage de maintenir immobiles les fragments remis en place, de s'opposer ainsi à ce qu'ils irritent les parties molles

voisines, et en second lieu, de prévenir le développement ultérieur de l'inflammation.

La fracture est-elle comminutive, ou compliquée avec plaies aux téguments, avec lésions des parties molles environnantes, etc., les mêmes avantages s'obtiennent encore de l'application immédiate de l'appareil amovo-inamovible. Rien n'est plus facile, en confectionnant cet appareil, que de ménager des ouvertures ou des fenêtres aux endroits correspondants aux plaies, et par conséquent de laisser celles-ci, pour ainsi dire, à nu, afin de pouvoir faire tous les pansements désirables. La section du bandage permet aussi de surveiller constamment l'état des parties et d'y appliquer les remèdes convenables, pendant que, d'un autre côté, les fragments restent maintenus dans la position que le chirurgien leur a assignée et ne peuvent plus, par leurs frottements répétés, devenir cause déterminante de l'inflammation. Ici, comme dans les fractures simples, la compression douce et simplement contentive du bandage, exerce son action bienfaisante et amène des résultats vraiment remarquables. C'est surtout dans des questions semblables, que les faits sont plus éloquents que les paroles ; je ne crains pas d'avancer, après une expérience de plusieurs années, que la méthode amovo-inamovible procure des avantages qu'on chercherait vainement à obtenir par l'emploi des autres moyens, et que c'est surtout dans les cas graves que sa supériorité est démontrée à l'évidence. Je sais bien que tous les praticiens ne seront pas de cet avis, et que c'est surtout dans ces cas, que plusieurs chirurgiens recommandent de différer de quelques jours l'application de l'appareil ; je respecte leurs croyances, mais je me permettrai de dire que leur raisonnement n'a aucune valeur dans la balance, aussi longtemps qu'ils se refuseront à expérimenter ma méthode comparativement à celle dont ils vantent les avantages. « C'est pour moi une hérésie pernicieuse, dont le temps « fera justice, a écrit M. Bégin (1), que la pratique qui consiste à at- « tendre, pour l'application des appareils dans les fractures, la cessa- « tion de la période inflammatoire ; les appareils bien appliqués, « constituent le moyen le plus efficace de prévenir l'excès d'inflam- « mation. »

Parmi ceux qui se sont prononcés contre l'application immédiate de l'appareil, je citerai, en première ligne, M. Blandin, qui, dans son

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique* (Lettre communiquée par M. Tallois, dans la discussion sur le traitement des fractures par l'appareil amovo-inamovible), t. IV, p. 398.

rapport à l'Académie de médecine de Paris (1), s'est exprimé ainsi : « Lorsque les parties molles voisines de la fracture sont déjà très-« tuméfiées, il y aurait danger à les entourer d'un bandage aussi ré-« sistant et aussi inflexible que celui de M. Seutin, parce que de deux « choses l'une : ou bien la tuméfaction doit bientôt décroître et l'ap-« pareil devenir trop lâche, ou bien la tuméfaction est en voie de « progrès et l'appareil produit un étranglement fâcheux, qui peut « amener la gangrène; il est alors de beaucoup préférable de main-« tenir la fracture avec l'appareil amovible ordinaire, et d'attendre « pour mettre l'inamovible que l'époque des accidents inflammatoires « soit passée. »

Si M. Blandin avait eu une connaissance parfaite de la méthode amovo-inamovible, et s'il avait tenu compte des faits consignés dans mon mémoire, il n'eût pas tenu un pareil langage. Il eût vu, en effet, que la section longitudinale du bandage met à l'abri des inconvénients signalés dans son rapport ; que loin d'être inflexible, mon appareil est, au contraire, très-flexible, puisqu'il se plie aux exigences du chirurgien, c'est-à-dire qu'il se resserre lorsqu'il est devenu trop lâche, et s'élargit à volonté si la tuméfaction du membre a augmenté, ce qui prévient toute crainte d'étranglement, sans que pour cela on soit obligé, comme il le pense, de détruire les pièces d'appareil, ni de cesser un instant de maintenir la coaptation des fragments ; que la compression ne dépasse jamais l'action contentive, et qu'exercée de cette manière, elle aide à la résolution de l'inflammation, au lieu de la faire passer à l'état de gangrène.

L'opinion de M. Blandin, il faut le dire, n'a pas été partagée par les honorables académiciens qui avaient adopté dans leur pratique l'emploi du bandage amidonné. M. Velpeau, s'appuyant sur plus de cent-cinquante observations, a montré combien était illusoire le danger que l'on attribue à l'application immédiate de l'appareil, et il n'a pas eu de peine à prouver l'utilité de cette conduite. « S'il n'y a pas d'engorge-« ment, a-t-il dit, ce moyen en préviendra le développement ; s'il y a « déjà de la tuméfaction, et que la compression soit bien faite, elle « disparaîtra ; rien n'empêche d'enlever l'appareil (2) dans le cas où « il produirait de la douleur, ou pourrait amener des accidents ; on

(1) Séance du 6 août 1839.

(2) On sait que M. Velpeau démolit l'appareil en le ramollissant par l'eau, tandis que moi, je le coupe longitudinalement pour mettre le membre à découvert.

« peut le desserrer ou le renouveler tout à fait..... Dans les faits qui « se sont passés sous mes yeux, la compression qu'il exerce m'a paru « toujours fort avantageuse pour dissiper la tuméfaction ; rarement ce « gonflement qui accompagne les fractures passe à l'état de suppura- « tion, à moins qu'il n'y ait plaie ; tous les chirurgiens savent cela ; ce « n'est donc pas une objection à faire contre l'emploi de ce moyen. »

MM. Gimelle et Bérard, qui avaient expérimenté l'appareil inamovible, et M. Breschet, qui suivait, en partie, ma méthode à l'Hôtel-Dieu, ont parlé dans le même sens, et se sont prononcés pour l'application immédiate.

Après la discussion seulement, il me fut permis de répondre aux arguments qui avaient été produits contre la méthode amovo-inamovible ; je n'eus pas de peine à les combattre et à démontrer à la docte Assemblée la vérité des faits que j'avais avancés dans mon travail. Je pus montrer à l'Académie des appareils appliqués sur des blessés pour des cas différents, dans les services et sous les yeux de MM. Roux, Breschet, Blandin, Cloquet, Bérard, Pasquier, Lisfranc, Laugier, qui avaient eu l'obligeance de mettre à ma disposition les fracturés qui se trouvaient dans leurs hôpitaux. Ces cas, au nombre de quinze, étaient : 1° une plaie par arme à feu de l'articulation du genou ; 2° une fracture de la clavicule ; 3° quatre fractures de l'humérus ; 4° deux fractures comminutives de la jambe ; 5° cinq fractures simples de la jambe ; 6° trois fractures du fémur, dont une comminutive et une du col. Abordant le point capital de la question sur laquelle on venait de décider sans m'entendre, celle de savoir si le bandage amidonné convient dans les fractures comminutives, ou bien quand il existe déjà des accidents inflammatoires, je répondis en ces termes : « Il est incontestable et de la dernière évidence, que le premier moyen qui soit à la disposition du chirurgien dans ces cas, c'est d'enlever une des causes fréquentes des accidents consécutifs des fractures. Les fragments n'étant pas en rapport, doivent développer des accidents, que l'on préviendra avec certitude, que l'on pourra conjurer, en les maintenant dans une coaptation parfaite ; et ce n'est que par une compression douce, méthodique et bien mesurée que l'on parviendra à ce but. Pourquoi donc, en effet, attendre quatre ou cinq jours avant d'appliquer l'appareil, si l'on garantit, qu'en l'employant immédiatement, aucun danger n'est à craindre ? Or, le fait est positif, aucun danger ne pourra survenir si l'on adopte la méthode d'inciser le bandage aussitôt que le moindre accident tend à se manifester. Ne sait-on pas

qu'un grand nombre de lésions qui accompagnent les fractures, dépendent ordinairement de ce que les fragments piquent et irritent les chairs ? Pourquoi donc ne chercherait-on pas à enlever le principe d'inflammation ? Pourquoi, contrairement à ce qui se pratique dans toute autre circonstance, ne se conduirait-on pas d'après l'axiome : *sublatâ causâ*, etc. (1) ? » Cette réponse, qui n'est qu'un passage de la note que je lus à l'Académie, sur les instantes sollicitations de quelques honorables membres, ne donna lieu à aucune réplique : l'affaire était jugée. M. Malgaigne, dans l'appréciation qu'il a faite de cette discussion, l'a dit, « l'Académie, dans cette circonstance, n'a pas ré-
« pondu à ce que le public médical avait droit d'en attendre ; elle a
« manqué à sa plus haute mission. Quand une question aussi grave et
« aussi litigieuse se débat devant elle, on ne saurait toujours espérer
« qu'elle en donnera la solution définitive ; mais on a droit d'exiger
« une enquête sérieuse et aussi complète que le permet l'état de la
« science. Vous vous rappelez les discussions qui eurent lieu sur la
« taille comparée à la lithotritie ; l'attaque fut vigoureuse, la défense
« énergique ; l'Académie ne prit pas de conclusion et ne pouvait pas
« en prendre ; mais le public médical, ce grand juge qui assistait aux
« débats, eut ainsi connaissance de tous les éléments du procès, et il y
« eut conviction acquise. En est-il de même pour la question des frac-
« tures ? Nous avons entendu des opinions, à peine a-t-on cité quelques
« faits ; plusieurs chirurgiens, qui sont restés partisans des appareils
« ordinaires, n'ont pas même pris la parole. Nous savons que, pour la
« deuxième séance, M. Velpeau avait fait faire, dans son service, tou-
« tes les recherches nécessaires pour se présenter armé d'observations,
« de résultats et de chiffres ; que tous les chirurgiens des hôpitaux de
« Paris en eussent fait autant, et j'ose dire qu'il en serait sorti de vives
« lumières, et que la discussion aurait fait un grand pas (2). »

D'après M. Malgaigne, on peut impunément laisser séjourner les bouts osseux au milieu des chairs, sans qu'ils y déterminent d'irritation, sans qu'ils y provoquent l'inflammation. De cette façon, réduisez ou ne réduisez pas, immobilisez ou n'immobilisez pas, c'est toujours la même chose ; l'inflammation se développera ou ne se développera pas, selon que le sujet y sera ou non prédestiné ; tout ce que vous pourriez faire, n'y changera rien. Ou plutôt, vous ferez du mal ; car vous tendrez à augmenter l'inflammation. Ainsi, les bouts osseux sont inno-

(1) Séance du 13 août 1839.

(2) *Bulletin génér. de thérap*, septembre 1879.

cents ; ils agissent impunément sur nos tissus ; nos appareils, au contraire, ont une action funeste. Pourquoi cette distinction ? On ne le voit pas trop.

Il dit ensuite de laisser à la tumeur extérieure le temps de se développer, dans les cas où il n'y a pas d'inflammation. D'abord, quelle cause ferait développer une tumeur, s'il n'y avait pas inflammation ? Il me semble que son apparition indique toujours un afflux immodéré de sang et une exsudation plastique dans nos tissus, c'est-à-dire une inflammation. Mais dans tous les cas, pourquoi laisser cette tumeur se développer ? Est-ce pour avoir le plaisir de la voir et de la combattre ? est-ce pour avoir une chance de voir l'inflammation aller plus loin ? Par l'application immédiate de ma méthode, je la préviens ou du moins je la modère, et je ne vois là aucun mal.

Je ne puis d'ailleurs mieux faire ici que de citer le passage suivant du mémoire de M. De Roubaix, où il discute la question avec beaucoup de logique et de précision :

« Le stimulus qui appelle le sang dans les parties enflammées de la « manière que nous venons d'indiquer, n'est point tellement irrésis- « tible que ce liquide doive absolument sévir contre l'organisation « des tissus où il est forcément attiré, et les détruire, si un agent « mécanique s'oppose à leur libre développement. Au contraire, une « compression douce, modérée, uniforme, en diminuant le diamètre « des capillaires, jouit de la puissance de modérer l'afflux des hu- « meurs, de les détourner de leurs cours, et de leur faire prendre une « autre voie pour se porter vers les ystême lymphatique ou veineux. « Ce que cet agent thérapeutique excite ou exaspère en d'autres cir- « constances, il le prévient dans les cas dont il s'agit, parce que l'élé- « ment inflammatoire jouant ici un rôle trop peu important pour « exciter les sympathies et les appeler à son secours, se trouve réduit « à ses propres forces, et manque ainsi de l'énergie nécessaire pour « lutter avec quelque avantage contre l'action répressive de l'appareil « qui lui est opposé.

« Si le gonflement dans les fractures, considérées dans leur état « de simplicité, n'est point susceptible d'être augmenté considérable- « ment par l'inflammation consécutive, si cette inflammation tend « bientôt à s'éteindre au lieu d'avoir une marche progressive, si la « compression loin de l'aggraver, ne fait que la maintenir dans de « justes bornes, il semble rationnel de penser, qu'une fois le meilleur « moyen coaptateur reconnu, l'on pourra sans crainte l'appliquer,

« s'il y a lieu, dès les premiers jours de la maladie. S'il comprime le « membre, pourvu que cette compression soit douce et uniforme, elle « ne pourra agir que d'une manière avantageuse et placer les parties « dans les conditions les plus favorables à la guérison.

« Non seulement nous croyons que l'on *peut* sans inconvénient « placer l'appareil contentif immédiatement après la production de la « fracture, mais nous pensons encore qu'il *convient* de le faire, et que « le praticien serait répréhensible en se conduisant d'une autre ma- « nière. L'on a dit, il est vrai, que la réduction pouvant se faire tout « aussi bien, et même mieux quelques jours après l'invasion, il vaut « mieux attendre jusqu'alors pour appliquer l'appareil définitif, et se « contenter en attendant de moyens provisoires. L'on s'est imaginé « que l'on se trouve ainsi mieux à même de combattre les accidents, « s'ils surviennent, et que l'on peut ensuite appliquer les appareils « avec plus de sécurité, s'ils ne surviennent pas. Nous serions peut- « être de cet avis, si, dans la plupart des cas, il n'existait que peu ou « point d'écartement entre les surfaces fracturées, et si l'on pouvait « acquérir la certitude que leur position respective ne changera pas ; « mais comme le contraire arrive le plus fréquemment, n'est-il pas « facile de concevoir que la réduction opérée après plusieurs jours ne « pourra se faire sans la trituration, l'écrasement préalable de la « substance gélatiniforme déposée entre les fragments, qui n'est rien « autre chose que le rudiment du cal ? Ceci ne serait encore qu'un « inconvénient de peu d'importance. Mais le déplacement des frag- « ments ne se fait point sans qu'ils ne se portent plus ou moins vers « les parties molles : ils les déchirent, les excitent, et fomentent ainsi « l'inflammation, qui s'accroît, si les mouvements spontanés ou com- « muniqués viennent leur donner encore de nouveaux rapports. D'où « il suit que la méthode d'expectation, au lieu d'être une sauvegarde « contre la phlogose, ne fait souvent que fournir les moyens de com- « battre l'affection dont elle est elle-même la cause, et qu'elle entre- « tient par le fait même de la continuation de son usage.

« Aussitôt que les fragments sont affrontés, et que toutes les dispo- « sitions sont prises pour les maintenir en cet état, le travail qui doit « rendre l'os à ses usages habituels commence. Les fluides épanchés « aux environs de la fracture se concentrent autour d'elle, se concrè- « tent par l'absorption de leurs parties les plus ténues, et passent « successivement de l'état liquide à l'état de mollesse, puis à l'état « cartilagineux, puis enfin à l'état osseux. L'inflammation ne tarde pas

« à décroître, et ne laisse plus après elle qu'un état particulier, en « vertu duquel les molécules organiques qui peuvent servir à l'élaboration du cal sont attirées et assimilées à la tumeur qui en constitue le rudiment. Une grande analogie existe alors entre les conditions qui favorisent la consolidation des fractures et celles qui « facilitent la cicatrisation des plaies réunies par seconde intention : « des deux côtés il faut, pour que le travail s'exécute d'une manière « prompte et facile, qu'aucun mouvement de la partie, aucune traction, aucun effort inconsidéré, ne viennent détruire la continuité des « parties divisées. Pourvu que la chirurgie soigne à ce que tout reste « dans la plus parfaite immobilité, la nature se charge seule ensuite « des frais de la guérison. Le meilleur appareil sera donc sous ce rapport celui qui pourra le mieux rester en place, sans se déranger, « depuis le commencement jusqu'à la fin du traitement, et qui sera « par sa nature le plus susceptible de résister aux différentes causes « de déplacement des pièces fracturées. »

Ce que dit M. De Roubaix, a trait spécialement aux fractures simples; mais appliquez les mêmes principes, qui sont d'une évidence frappante, aux fractures comminutives et compliquées, et vous arriverez au même résultat, à la même conclusion.

La question relative aux avantages de la méthode amovo-inamovible était depuis longtemps jugée; une collection imposante de faits recueillis durant une pratique de douze années, avait démontré à l'évidence la supériorité de ce mode de traitement sur les autres moyens employés dans les fractures en général, et la majorité des chirurgiens s'était empressée de l'adopter. Un petit nombre, soit par esprit de système, soit par excès de crainte, n'osaient encore y recourir, surtout dans les circonstances graves. En 1844, j'avais en traitement, à l'hôpital Saint Pierre, plusieurs cas remarquables de fractures comminutives : je crus devoir proposer à l'Académie royale de médecine de Belgique, de nommer, dans son sein, une Commission *à l'effet d'aller constater les grands avantages de la méthode appliquée immédiatement à chacun de ces cas.* En faisant cette proposition, j'avais pour but d'ébranler les convictions des plus obstinées et de démontrer, par des faits authentiquement constatés par un Corps savant, la prééminence de ma méthode sur toutes les autres. La Commission nommée ne fit son rapport qu'un an après, dans la séance du 27 avril 1845, par l'organe de M. Philips, son rapporteur. Je n'entrerai pas dans les détails de la discussion à laquelle ce rapport donna lieu; ils sont consi-

gnés dans le Bulletin de l'Académie, et j'en ai fait une appréciation mesurée dans une brochure que j'ai publiée (1).

M. le docteur Mussche, de Hal, a communiqué à l'Académie trois observations de fractures compliquées traitées avec succès par le bandage amovo-inamovible dont il a bien voulu me donner une copie et que je crois devoir placer ici.

« 1. Le sieur Jacques Maes, âgé de trente-huit ans, d'un tempéra-
« ment lymphatique, domestique chez le fermier Jacobs, de Zuen
« (Leeuw-Saint-Pierre), me fit appeler le 25 mars 1836, à dix heures
« du soir, me faisant dire qu'il avait eu la jambe écrasée par la roue
« de sa charrette.

« Je reconnus une fracture de l'extrémité inférieure du tibia, com-
« pliquée d'une plaie de deux à trois pouces, au-dessus de la malléole
« interne. Ayant convenablement couché le blessé, je lui appliquai le
« bandage ordinaire, avec la précaution de ne pas trop le serrer, afin
« d'éviter les accidents inflammatoires qui pouvaient survenir par la
« présence d'un grand nombre d'esquilles, et avec recommandation
« d'humecter continuellement l'appareil avec de l'eau froide. —
« Saignée de douze onces.

« Le 26, il était assez bien; j'ordonnai la continuation des arrose-
« ments avec l'eau froide, boissons adoucissantes et diète rigoureuse.

« Les 27 et 28, légère douleur à l'endroit de la fracture ; je des-
« serrai les liens, craignant que la douleur ne fût occasionnée par le
« gonflement survenu depuis l'application du bandage.

« Le 29, la douleur était augmentée, mais les souffrances étaient
« supportables. J'ordonnai des fomentations émollientes.

« Les 30 et 31, même douleur; prescription d'un léger purgatif.

« Dans la nuit du 1er au 2 avril, le blessé était dans le délire; il
« s'était levé et avait arraché toutes les pièces de l'appareil; il avait
« même fait quelqus pas.

« Le 2 au matin, je réappliquai de nouveau le bandage, après avoir
« extrait neuf petites esquilles et remis en contact, le mieux possible,
« les extrémités fracturées. Saignée de dix onces. Position conve-
« nable, diète sévère.

« Le 4, j'enlève l'appareil et je remarque que les symptômes inflam-
« matoires augmentent ; une suppuration légère existe; j'extrais de

(1) *Lettre adressée à l'Académie royale de médecine de Belgique, à propos de la discussion sur la méthode amovo inamovible*, etc. in-18, Bruxelles, 1847.

« nouveau trois esquilles; le malade se plaint beaucoup. Nouvelle « saignée de huit onces.

« Le 5, je renouvelle le pansement et je débride fortement la plaie « qui avait été produite par l'écrasement de la roue.

« Les 6 et 7, la plaie offre moins d'inflammation et le délire a cessé.

« Le 10, le malade se plaint de fortes douleurs à la partie externe du « tibia, du côté correspondant à l'incision pratiquée cinq jours au- » paravant ; j'y trouve une fluctuation manifeste et j'ouvre l'abcès, « d'où il s'écoule une assez grande quantité de pus blanchâtre.

« Le 11, les symptômes s'aggravent ; la peau est rouge, chaude, « tendue, des douleurs très-vives s'y font sentir et sont accompagnées « d'insomnie et d'une fièvre brûlante ; l'inflammation s'étend de la « jambe à toute la cuisse, où l'on sent en plusieurs endroits de la fluc- « tuation. Un dévoiement considérable se déclare dans la nuit du « 11 au 12. Craignant pour les jours du malade et ne pouvant assu- « mer sur moi une aussi grande responsabilité, à cause de la com- « plication d'un érysipèle phlegmoneux, je réclame de la philanthropie « bien éprouvée de mon ancien professeur, M. Seutin de vouloir se « rendre le même jour près du malade pour m'aider de ses conseils.

« Le 12, dans l'après-midi, M. le docteur Seutin se rend à mon in- « vitation ; de larges ouvertures sont pratiquées à la partie supérieure « et externe de la jambe et à la région inférieure et externe de la « cuisse, par où il s'écoule une prodigieuse quantité de pus sanieux ; « le décollement existe aussi dans toute la jambe, du côté des ouver- « tures et jusqu'aux muscles grands fessiers; en exerçant une pres- « sion modérée, l'écoulement s'opère par toutes les ouvertures que « l'on a faites.

« Les symptômes décrits ci-dessus prouvent, à l'évidence, que nous « devions procéder à l'amputation ; mais, sur quel point aurions-nous « pu pratiquer cette opération? Je viens de dire que le mal s'était « déjà propagé à la cuisse, et qu'il y existait des foyers purulents. L'am- « putation n'était plus possible à cause du délabrement des tissus et « de l'état de grande faiblesse du malade. M. Seutin me proposa, « comme dernière planche de salut, l'application du bandage ami- « donné, ce que nous fîmes, en laissant à l'appareil plusieurs ouver- « tures pour livrer passage à la suppuration qui était copieuse. « (Légers bouillons au riz.)

« Le 12 et le 13, les souffrances n'augmentent pas, le pus s'écoule

« facilement, la fièvre n'est plus aussi intense et les selles sont moins « abondantes.

« Le 14, le malade remue facilement le membre et se couche sur « les côtés.

« Le 15, 16, 17 et 18, la suppuration est toujours très-abondante ; « les ouvertures du bandage favorisent l'écoulement du pus, et nous « profitons de cette circonstance pour faire des injections émollientes « plusieurs fois le jour.

« Le 19, le blessé rapporte qu'il éprouve de forts élancements « dans le creux du jarret ; je l'engage à se coucher sur le côté opposé, « afin de ne pas exercer une pression continuelle sur la partie ma- « lade. On augmente la quantité de bouillon, et on lui accorde deux « œufs par jour ; la diarrhée est considérablement diminuée.

« Le 30, le bandage est défait avec toutes les précautions néces- « saires pour ne pas déplacer les fragments, et, à notre grande sur- « prise, nous trouvons un mieux sensible ; réapplication du bandage.

« Le 4 mai, le jarret devient le centre d'une collection purulente ; « j'y pratique une ouverture qui donne issue à beaucoup de pus d'une « nature louable.

« Le 12, la diarrhée a presque cessé, mais le malade souffre beau- « coup du creux poplité.

« Le 16, une hémorrhagie artérielle abondante a lieu par la plaie du « creux poplité ; et ce n'est que grâce à une compression méthodique « exercée par le bandage que je dois la conservation de mon malade.

« Le 19, les grandes douleurs du jarret ont cessé ; un nouveau pan- « sement a lieu avec tous les soins convenables pour éviter une « nouvelle hémorrhagie ; enfin la fièvre s'est arrêtée. (On permet au « malade une nourriture légèrement fortifiante.)

« Le 25, il se trouve bien ; je cesse la légère compression par le « bandage, tout danger ayant disparu et la plaie présentant un aspect « rassurant

« Le 3 juin, nous renouvelons le bandage en entier, mais plus « heureux que la fois précédente, nous avons la certitude de conser- « ver la jambe à notre blessé, et que toutes les plaies, de blafardes « qu'elles étaient, commencent à bourgeonner.

« Le 19, la consolidation s'est opérée, mais la plaie de la jambe « donne encore une suppuration abondante ; par mesure de précau- « tion, on réapplique le bandage.

« Le 21, le blessé se lève deux fois par jour.

« Le 26, j'extrais de la plaie correspondante à la fracture, deux « petites esquilles.

« Le 29, rien de remarquable ; le malade reste assis, au grand air, « une bonne partie de la journée, sans en ressentir la moindre indis- « position.

« Le 5 juillet, Maes marche à l'aide de béquilles et commence à se « promener ; on continue à le panser tous les deux jours et à exercer « une légère compression, au moyen d'une bande roulée et du sparadrap double, sur les bourgeons charnus des plaies qui existent » encore. Notre malade ayant épuisé tous ses moyens et étant sans « ressources, nous parvînmes à le faire entrer à l'hôpital Saint-Pierre, « à Bruxelles, le 15 juillet, où il ne tarda pas à guérir complétement « et devint même infirmier, fonctions qu'il remplit pendant plus de « dix-huit mois.

« 2 Le 29 mai 1836, à six heures du soir, je fus appelé, dit « M. Mussche, chez la fermière Walderavens, âgée de soixante-huit « ans, d'une bonne constitution, demeurant à Leeuw-Saint-Pierre, « qui venait de faire une chute de dix-sept escaliers, chargée d'un sac « de froment.

« Le tibia était fracturé à sa partie inférieure, à deux ou trois tra- « vers de doigt au-dessus de l'articulation du pied gauche, avec sortie « de l'os. Encouragé par l'heureux succès obtenu chez le nommé « Maes, je n'hésitai pas à appliquer le bandage amidonné.

« Le 30, la malade ne se plaint plus et se trouve très-heureuse de « pouvoir se lever une partie de la journée.

« Le 5 juin, elle souffre beaucoup de toute la jambe, principale- « ment à l'endroit où l'os a traversé les parties molles ; ayant ouvert « l'appareil, et ne trouvant qu'une légère inflammation, je réapplique « le bandage et ordonne des fomentations émollientes.

« Le 7, la douleur est insupportable, le pied est très gonflé ; il y a « même de la fièvre ; saignée de huit onces, diète sévère.

« Le 9, la malade est plus tranquille et ne souffre plus autant.

« Le 13, plus aucune douleur.

« Le bandage a été conservé depuis le 29 mai jusqu'au 7 juillet « (sauf qu'on l'a ouvert pour s'assurer de l'état de la plaie), sans « aucun accident. Le dernier jour, j'ai levé l'appareil et la plaie offrait « l'aspect d'un petit ulcère que j'ai pansé avec du cérat simple.

« Le 19 juillet, la consolidation était parfaite ; mais, ayant égard à

« l'âge de la malade, je continuai l'application du bandage et conseillai « à la blessée de se promener à l'aide de béquilles.

« Le 2 septembre, elle était parfaitement guérie et n'avait conservé « de son accident qu'une gêne dans les mouvements du pied qui se « dissipera par la marche.

« 3. Félix Platiau, âgé de trente-six ans, natif de Businghen, a eu « la jambe broyée dans les rayons de la roue de sa charrette, le « le 21 mars, à huit heures du soir ; la fracture était située à dix ou « ou douze centimètres au-dessous du genou, et la jambe offrait un « raccourcissement considérable ; son aspect était effrayant ; le tibia « était broyé dans une étendue de huit à dix centimètres.

« Après avoir extrait deux esquilles et réduit la fracture, je fis l'ap- « plication immédiate du bandage Seutin que je fortifiai avec trois « attelles en fer blanc.

« Le blessé fut transporté chez lui, le lendemain de l'événement ; sa « demeure se trouvait à une lieue de l'endroit où l'accident était ar- « rivé (1).

« Quatre à cinq jours après la réduction, une forte inflammation « se déclare ; elle est efficacement combattue par les émollients et un « régime sévère, secondé par deux fortes saignées. Je reconnais, quel- « ques jours après, plusieurs foyers purulents à la partie interne de « la jambe ; j'y pratique une large ouverture par où s'écoule beaucoup « de pus, et j'en extrais six esquilles, et succesivement jusqu'à vingt- « quatre pendant l'espace d'un an à seize mois.

« Un morceau de la partie supérieure du tibia fut même enlevé « dans toute la circonférence de l'os, dans l'étendue d'un pouce, ce qui « a laissé un vide de la même grandeur.

« Après deux ans de traitement, le blessé a été à même de repren- « dre ses occupations d'ouvier brasseur. Un an plus tard, j'ai encore

(1) « Pourrait-on consentir à laisser transporter un blessé avec le bandage « ordinaire, surtout lorsque la fracture offre des complications qui, par leur « nature, nécessitent l'amputation pratiquée sur-le-champ ? Où sont donc les « contradicteurs de la méthode amovo-inamovible qui prétendent que l'on ne « peut en faire usage que dans les fractures simples et quand tous les symp- « tômes inflammatoires ont disparu ? Je soutiens, et je le prouve par trois obser- « vations, que le bandage Seutin est *plus précieux et plus utile* dans les frac- « tures compliquées que dans les fractures simples, et si j'ose émettre mon « opinion sur ce point avec tant d'assurance, c'est à cause des succès étonnants « que j'ai obtenus par l'application du nouvel appareil dont il est ici question « et qui est appelé à faire époque dans les fastes de la chirurgie. »

« extrait deux esquilles, et depuis cette époque il ne ressent plus de « douleur. Le membre est légèrement difforme, mais la difformité « n'est pas aussi grande qu'on devrait le penser au premier abord. Il « marche avec facilité, et exerce même un état très-fatigant à cause « des lourds fardeaux qu'il doit porter. »

D'autres faits, aussi concluants, trouveront place dans la suite de ouvrage.

Dans la mémorable discussion qui a été soulevée au sein de l'Académie et où chacun a apporté le tribut de son expérience, la méthode amovo-inamovible n'a éprouvé aucune atteinte, car les attaques, lorsqu'elles étaient produites, étaient aussitôt combattues, et il n'est pas une objection qui n'ait été anéantie par la force des raisonnements appuyés sur l'observation. Si la question n'a pas obtenu une solution complète, elle a, du moins, été élucidée de manière à rassurer les praticiens sur les craintes qu'on leur avait inspirées, je dirai même à convaincre les plus incrédules.

Que manque-t-il à cette élucidation ? La sanction de l'expérience? Elle a été donnée de toutes parts par ceux qui n'ont pas craint de mettre en pratique les préceptes de la méthode ; les faits ont parlé, et devant leur autorité imposante, toute objection doit se taire. Des revers, nous n'en avons pas à déplorer, et nous avons vainement prié nos adversaires de nous en citer.

Pour résumer les faits énoncés dans cet article, je dis et j'affirme d'après une longue expérience :

1° Que la fracture soit simple, compliquée ou comminutive, l'appareil amovo-inamovible doit, dans tous les cas, être appliqué immédiatement, sans qu'il y ait lieu de craindre les accidents consécutifs ;

2° Que cette application, faite d'après les préceptes prescrits par la méthode et que j'ai exposés dans la seconde partie de cet ouvrage, remplit parfaitement, presque toujours à elle seule, la troisième indication du traitement des fractures, laquelle consiste à prévenir les accidents, et qu'elle n'empêche pas de les combattre lorsqu'ils existent déjà ou qu'ils viennent à se manifester ;

3° Que les relevés statistiques des cas traités par la méthode susdite, démontrent, à l'évidence, que l'application immédiate de l'appareil n'est entourée d'aucun danger, et procure, au contraire, des cures plus promptes et plus certaines ;

4° Que si on met en parallèle les avantages de la méthode amovo-inamovible, qui permet aux malades de se lever et de marcher à l'aide

de béquilles avec les autres méthodes, qui nécessitent le séjour au lit, le décubitus prolongé, des appareils plus ou moins compliqués et dont on ne peut point toujours calculer la force, on est obligé de lui reconnaître une supériorité incontestable, supériorité qui doit lui faire donner la préférence. Avec le bandage amidonné, qui s'accommode de la plus humble couchette comme du lit le plus somptueux, disparaissent ces lits étroits qu'il fallait avoir exprès, ces lits mécaniques qu'on se procure à grands frais, ces machines et ces appareils plus ou moins compliqués qui font partie de l'arsenal chirurgical du traitememt des fractures.

Je viens de poser les principes généraux du traitement des ruptures osseuses ; il est temps de faire l'application particulière de la méthode aux différents cas qui se présentent dans la pratique.

ARTICLE I. — Fractures des os de la main.

§ I. — *Fractures des doigts.*

Ces fractures, ordinairement produites par l'action d'une cause immédiate, sont constamment compliquées de contusion ou d'écrasement des parties molles qui entourent les phalanges. Après avoir opéré la réduction des fragments, en tirant légèrement sur l'extremité du doigt fracturé, pendant qu'un aide fait la contre-extension en embrassant de ses deux mains le poignet, et après avoir lavé et essuyé les parties lésées, on applique le bandage amidonné. Avec une bande étroite, longue d'une demi-aune environ, on entoure le doigt malade, et après qu'on l'a épuisée, on en arrête l'extrémité repliée en la collant avec un peu d'amidon La surface externe de cette première couche est ensuite amidonnée, et on applique par-dessus deux attelles de carton, l'une dorsale, qui s'étend de l'extrémité du doigt jusqu'à l'articulation métacarpo-phalangienne, l'autre palmaire, allant en s'élargissant jusque dans la paume de la main, dont on remplit le creux avec un petit coussin carré ou une compresse pliée en plusieurs doubles. Il est bon que l'extrémité inférieure de l'attelle palmaire dépasse de quelques lignes le bout du doigt : par cette simple précaution, on évitera les secousses qui pourraient être occasionnées par les corps extérieurs qui viendraient à heurter contre les doigts. Les attelles sont maintenues par une bande roulée amidonnée, et de manière que les doloires, après avoir recouvert les attelles, soient dirigés ensuite, en obliquant, sur le

métacarpé, autour du poignet, et reviennent se fixer autour du doigt, à la base duquel ils se croisent avec l'oblique première. Si l'indication s'en présente, on épuise la bande par des doloires qui maintiennent les doigts collatéraux juxta-posés au doigt malade, de manière qu'ils fassent l'office d'attelles. On termine en amidonnant toute la surface du bandage, comme je l'ai dit en exposant les procédés de la méthode amovo-inamovible.

Les tendons des fléchisseurs des doigts entraînant de leur côté les fragments, l'attelle antérieure est la plus importante pour empêcher leur déplacement, et très-souvent elle suffit à elle seule. Si l'on craignait que les petites attelles pussent encore céder aux tractions musculaires pendant que le bandage est humide, on fortifierait celui-ci par l'application d'une seconde attelle palmaire, sèche et assez forte, qui serait laissée en place jusqu'à la dessiccation de l'appareil.

La section du bandage se pratique ici sur les côtés latéraux du doigt, dans l'intervalle des deux attelles.

§ II. — *Fractures des os du métacarpe.*

On entoure successivement les doigts par des bandes séparées, étroites et légèrement amidonnées, qui sont dirigées en doloires, du milieu du doigt vers son extrémité libre, et vont s'épuiser ensuite sur le dos de la main. On a soin que la pulpe des doigts reste à découvert, afin de pouvoir constater les changements de couleur et de température de ces parties. Ce premier pansement constitue le *gantelet amidonné*. On comble ensuite le creux palmaire par un remplissage enveloppé de linge et collé d'amidon à sa surface externe ; on garantit les saillies osseuses et les tendons du dos de la main avec de l'ouate ou de petits coussins formés de cette substance et d'une compresse, que l'on maintient par une bande roulée ; puis on applique deux attelles de carton, l'une dorsale, l'autre palmaire, s'étendant du doigt correspondant à l'os métacarpien lésé jusqu'au pli du poignet, que l'on maintient en place par des doloires amidonnés, non compressifs, jusqu'au dessus du poignet.

La section du bandage, après la dissiccation, se fait sur les côtés latéraux de la main.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL MILITAIRE D'ANVERS.

RAPPORT SUR LE SECOND SEMESTRE DE 1849;

Par le médecin principal Gouzée.

Le semestre a été généralement tempéré et humide. Il n'y eut pas de fortes chaleurs en été. En automne, le mois de novembre fut marqué par une longue suite de beaux jours pendant lesquels le thermomètre était rarement descendu au-dessous de + 13° centigr., à 9 heures du matin, lorsqu'un froid assez vif se fit tout à coup sentir vers la fin du mois; le 30, la colonne thermométrique marquait — 3°. Enfin, des temps pluvieux et des froids alternèrent en décembre et l'humidité continua à prédominer.

Il me reste peu de chose à ajouter à mon travail sur l'épidémie de choléra, le semestre n'ayant, d'ailleurs, rien offert de bien remarquable.

J'ai dit que cette épidémie avait généralement réprimé les autres manifestations morbides. Les fièvres typhoïdes, toujours si fréquentes dans nos hôpitaux, disparurent pendant tout le règne du choléra à Anvers. Depuis le commencement de janvier jusqu'à la fin d'octobre, nous n'en observâmes qu'un seul cas, ce fut dans le mois d'août; encore fut il marqué par un accident peu fréquent dans cette maladie, par une énorme pneumatose abdominale que rien ne put vaincre. Le malade succomba, moins aux progrès naturels de sa maladie, qu'aux désordres en quelque sorte mécaniques produits par cette accumulation de gaz.

Comme on le voit, je ne confonds pas avec la fièvre typhoïde l'état comateux consécutif au choléra, qui fit tant de victimes parmi nos malades atteints par l'épidémie. C'est une forme morbide entièrement distincte, un accident consécutif propre au choléra, et non cette pyrexie essentielle qui a pour détermination morbide particulière une altération toute spéciale des follicules de l'intestin grêle et des ganglions mésentériques. Si, comme on le fait, on continue à confondre avec la fièvre typhoïde une foule d'affections qui lui sont entièrement étrangères, on ne parviendra jamais à s'entendre sur les nombreuses questions qui se rattachent à cette importante maladie.

Le premier malade atteint de fièvre typhoïde franche et bien dessinée ne parut à l'hôpital que le 25 octobre. Les cas se succédèrent ensuite assez rapidement. Il y en eut six à la fois en traitement pendant le mois suivant.

Un de ces malades a présenté des circonstances remarquables. Indisposé depuis six jours, il entra à l'hôpital le 17 novembre, offrant, outre les signes caractéristiques déjà graves de la fièvre

typhoïde, un pouls intermittent et, par intervalles, d'une extrême irrégularité. Les symptômes prirent bientôt la plus grande intensité : stupeur, rêvasseries, délire, langue racornie, selles involontaires, etc. Le 19, la respiration s'embarrassa pendant une demi-heure et la face se cyanosa entièrement. Le 27, une parotide volumineuse avait paru ; elle s'était développée dans l'espace de la nuit ; le pouls, toujours fréquent, à 120, présenta dès lors des irrégularités et des intermittences moins fréquentes. Le 4 décembre, une large suppuration s'était établie dans la tumeur. L'amélioration se prononça franchement et fit des progrès rapides. Le 12, la convalescence était confirmée, pouls régulier, à 60. La parotide s'affaissa graduellement et la guérison était complète vers la fin du mois.

Il faudrait tracer longuement l'observation dans son entier pour faire connaître tous les détails du traitement qui fut complexe comme la maladie. Il ne fut fait d'autre émission sanguine qu'à l'aide de ventouses scarifiées, qui furent appliquées, dans les premiers jours, sur la région précordiale, sur le rachis et sur l'épigastre, en vue d'opérer une diversion sur les désordres nerveux dont le centre circulatoire était le siége. Mais j'avais principalement pour but, en parlant de ce malade, de dire un mot d'un moyen auquel j'ai déjà eu recours plusieurs fois avec un succès contre les parotides, accident communément si redoutable dans les fièvres graves. Dès que la tumeur paraît, je la recouvre immédiatement d'un large vésicatoire ; le derme dénudé est ensuite pansé à l'aide d'un onguent excitant. Il m'a paru que ce mode de traitement, en provoquant bientôt la formation du pus dans la tumeur, contribuait, comme dans le fait que je viens de citer, à faciliter et à hâter l'heureuse terminaison de la maladie.

Les seules affections qui se montrèrent encore çà et là, pendant l'épidémie, furent les fièvres intermittentes, mais elles restèrent peu nombreuses et peu graves. Quelques malades en traitement à l'hôpital pour la fièvre intermittente furent pris du choléra. L'un d'eux prenait le sulfate de quinine au moment où le choléra vint le saisir. Le sel de quinine fut continué et il guérit. Ce fait exceptionnel ne m'a pas paru de nature à autoriser la généralisation de ce traitement. Je ne pense pas que le sulfate de quinine constitue une médication applicable au choléra, ainsi que des médecins l'ont avancé d'après des vues de pure théorie.

Bien que les fièvres intermittentes eussent été peu nombreuses et peu intenses pendant l'été, les cachexies paludéennes furent communes au commencement de l'automne. Beaucoup d'hommes étaient languissants, avaient le teint pâle ou jaunâtre, la rate dé-

veloppée, les pieds ou tout le corps infiltré. Plusieurs d'entre eux étaient en même temps affectés de bronchite et avaient chaque jour un mouvement fébrile. J'ai déjà maintes fois signalé dans mes travaux cliniques combien ces complications, si fréquentes chez nous en automne, exigent de soins et de prudence dans l'application des moyens thérapeutiques. Chez d'autres, les accès récidivaient avec une opiniâtreté désespérante, malgré tout ce qui était fait pour déraciner cette habitude fébrile invétérée. Dans les deux derniers mois du semestre, les affections paludéennes disparurent presque entièrement.

Les vicissitudes atmosphériques, les vents d'Est et du Nord, fréquents par intervalles, nous ont amené, en revanche, en novembre et décembre, des pneumonies, et surtout des bronchites profondes, plus graves et plus dangereuses que les phlogoses même du parenchyme pulmonaire. Quelques sujets faibles ou débilités par des maladies antérieures ont longtemps lutté contre la violence de leurs atteintes.

La salle des ophthalmiques n'a fourni qu'un fait qu'il soit utile de mentionner. Un soldat du 9e de ligne, bien constitué, affecté de granulations palpébrales, avait subi, au quartier, le 25 octobre, l'application du sous-acétate de plomb aux paupières. Le 30, on trouva les paupières de l'œil droit énormément œdématiées. A son entrée à l'hôpital, le matin même, la paupière supérieure avait le volume d'un œuf de pigeon. La douleur était modérée, un écoulement séro-sanguinolent se faisait jour à travers l'écartement des paupières. Une saignée, un purgatif, des applications d'eau froide, puis d'eau de Goulard sur l'œil malade, des pédiluves sinapisés, furent mis en usage et en quatre jours le gonflement était presque entièrement dissipé ; mais la cornée, terne déjà dès le principe, était alors profondément ramollie dans sa moitié inférieure et l'iris ne tarda pas à faire hernie à travers une large perforation de cette membrane. L'organe était perdu sans ressource.

La tuméfaction œdémateuse des paupières n'est pas rare après l'application du sous-acétate de plomb sur les muqueuses palpébrales granulées, et il est remarquable que, quoique cette application soit ordinairement suivie à l'instant même d'une douleur très-vive, le gonflement ne se développe que plusieurs jours après l'application du médicament. Mais je ne sache pas qu'un accident aussi grave que celui que je viens de signaler en soit fréquemment la conséquence.

Un autre accident que ce malade a présenté après l'emploi du sel de saturne, c'est un développement du repli oculo-palpébral supérieur, qui formait vers l'angle externe, après l'affaissement

des paupières, une masse charnue grosse comme une olive, masse qu'il a fallu réprimer plus tard à l'aide du nitrate d'argent. C'est la deuxième fois que j'ai observé ce fait dans les mêmes circonstances.

Les soins médicaux opposés avec soin et persévérance aux lésions chirurgicales ont éloigné la nécessité de toute opération grave et ont frappé d'une heureuse nullité le service de la chirurgie opératoire.

J'ai parlé dans mon rapport sur le second semestre de 1848, d'un convalescent de fièvre typhoïde atteint d'altération de la glotte et chez lequel une suffocation imminente nécessita, le 1er janvier de l'année dernière, l'opération de la trachéotomie, opération qui fut pratiquée avec succès par M. Dechange. Cet homme revint bientôt à une santé parfaite, il parvint même peu à peu, en appliquant le doigt sur l'orifice de la canule, à articuler des sons. Mais cet exercice ne pouvait être prolongé que de quelques instants, et, comme d'ordinaire en cas pareil, la glotte resta rétrécie au point de ne pas permettre le passage du volume d'air nécessaire à la respiration. Ni les inspirations forcées souvent répétées, ni l'introduction des cathéters de Mayor dans le conduit rétréci, ne remédièrent à cet état et force fut d'envoyer cet homme à son dépôt. Il partit le 16 octobre, plus de neuf mois après l'opération, après avoir reçu les instructions les plus précises pour prévenir tout accident.

Le nombre des malades reçus à l'hôpital pendant le semestre fut de 1,383, savoir :

Fiévreux.	760
Blessés.	166
Ophthalmiques.	69
Vénériens.	183
Galeux.	205
Total.	1383
Restants du semestre précédent. . .	159
Total général.	1542

Le 31 décembre, il ne restait à l'hôpital que 97 malades.

Le choléra nous avait donné 37 malades en juillet, 35 en août, 5 en septembre, 1 en octobre ; ce dernier était un militaire en congé, étranger à la garnison. Le nombre des victimes s'éleva à 37.

Le chiffre des décès occasionnés par d'autres maladies, pendant la durée du semestre, fut de 12, savoir : par suite de fièvre typhoïde, ou plutôt de pneumatose abdominale, 1 ; de cystite chronique chez un homme de 60 ans, 1 ; de phthisie pulmonaire, 1 ; d'hypertrophie excentrique du cœur avec adhérence générale

du péricarde, 1 ; d'hydropéricarde avec atrophie du cœur, 1 ; de congestion cérébrale, 1 ; de méningite, 1 ; d'hydrocéphale, 1 ; d'encéphalite chronique, 2 ; de phlegmon du bassin, 1 ; d'épanchement sanguin abdominal et fractures multiples (suicide), 1.

Les maladies du centre circulatoire et la congestion cérébrale ont amené subitement la mort ; le suicide a succombé peu après son entrée à l'hôpital.

(*Archiv. de méd. milit. belges*, mars 1850.)

RECHERCHES SUR L'EMPLOI DU CARBAZOTATE DE POTASSE COMME FÉBRIFUGE ;

Par le médecin principal Gouzée.

Chargé, vers la fin de l'automne dernier, de faire des essais dans le but de constater si le carbazotate ou picronitrate de potasse présenté comme succédané du quinquina, possède réellement des propriétés fébrifuges, je ne pus procéder qu'avec lenteur à cause de la rareté des cas propres aux expériences de ce genre. Les fièvres intermittentes furent peu nombreuses pendant l'automne et pendant tout l'hiver, et celles qui se présentaient à l'hôpital cessaient plus tard spontanément, sous la seule influence du régime et de quelques jours de repos. Le nouveau médicament aurait fait des merveilles aux doses les plus minimes si j'en avais généralisé l'emploi et si, chaque fois, j'avais eu hâte de le prescrire. C'est pour n'avoir pas usé de cette réserve que tant de médecins ont vanté tour à tour comme fébrifuges une foule de substances dont l'inertie plus ou moins complète n'a pas tardé à être reconnue, et qui ont été bientôt abandonnées par ceux même qui les avaient préconisées. Je rencontrai toutefois des fièvres intermittentes simples assez résistantes pour y chercher la preuve de la vertu fébrifuge d'une substance donnée, et je les mis chaque fois à profit dans le but que je voulais atteindre.

Comme il s'agissait de s'assurer si le cabazotate de potasse est ou n'est pas fébrifuge, il était nécessaire de n'employer concurremment aucun autre moyen capable d'influer sur la terminaison des accès, et en même temps de ne rien faire qui pût contrarier les effets du médicament essayé. Les malades soumis au traitement restaient au lit et étaient astreints à la diète, ou à un régime très-léger. En pareil cas et dans les mêmes circonstances, seize ou douze grains de sulfate de quinine, administrés convenablement et à propos, et quelquefois une moindre dose encore, mettent immédiatement fin aux accès.

J'avais à chercher en outre à quelles doses il convenait de prescrire la nouvelle substance et quel en était le meilleur mode d'administration. On verra dans les observations suivantes les tâtonnements auxquels j'ai dû me livrer à cet égard. Le carbazotate de potasse n'est soluble que dans un grand volume d'eau et son amertume est extrême; il est difficile de le faire prendre sous la forme liquide. Cependant je l'ai donné mêlé à une petite quantité d'eau, mais le plus ordinairement en pilules fraîchement préparées, cette substance saline se prenant facilement en masse à l'aide d'un peu de miel.

Quant à l'exécution des prescriptions, ce sont nos sœurs hospitalières qui en sont chargées ; je suis parfaitement sûr de leur exactitude.

Je vais d'abord rapporter les faits, j'en déduirai ensuite les conséquences. J'ai tâché de rendre les observations aussi succinctes que possible sans en rien omettre d'important, les présentant uniquement au point de vue de ces recherches.

Obs. I. Lejeune, sergent au 9e de ligne, 25 ans, constitution assez forte, habite Anvers depuis plus d'un an. Il a éprouvé, depuis le mois de juillet 1849, trois atteintes de fièvre intermittente d'abord quotidienne, puis tierce, qui ont promptement cédé chaque fois au sulfate de quinine. La fièvre a reparu au commencement de décembre. A son entrée à l'hôpital, le 10, il a la face un peu pâle, la rate légèrement développée dans le sens de sa longueur, sans qu'elle dépasse toutefois le rebord costal; hors un peu d'inappétence, ses fonctions ne présentent rien d'anormal.

Le 11, accès à 7 heures du matin; le frisson dure environ trois heures; chaleur modérée, sueur abondante pendant la nuit suivante. Mêmes accès, revenant à la même heure, le 13 et le 15, à l'exception du stade de froid dont la durée diminue progressivement. Pendant les jours apyrétiques, le malade ne se plaint que d'une légère courbature.

Le 16, jour d'apyrexie, douze grains de carbazotate de potasse sont prescrits en six pilules, pour en prendre trois le soir et trois à 5 heures du matin.

Le 17, l'accès reparaît comme auparavant. Le frisson déjà moins prolongé la dernière fois, avant l'administration du médicament, l'a été un peu moins encore. Un sentiment de gêne s'est prononcé à l'estomac après la prise des dernières pilules.

Le 18, le médicament est prescrit comme le 16. L'accès n'en reparaît pas moins le 19, avec un frisson qui dure deux heures. Après chaque prise de pilules, et surtout après la première, le malade a ressenti au creux de l'estomac une vive douleur qui l'a forcé

de se lever. Pas de changement dans les dimensions de la rate.

Le 20, douze grains de sulfate de quinine sont prescrits en solution aqueuse, à prendre en trois fois, le soir, à minuit et à 5 heures du matin.

Le 21, l'accès n'a plus reparu.

Il est difficile de trouver un cas de fièvre tierce plus simple et plus bénigne; cependant le carbazotate de potasse, opposé à deux accès, a chaque fois complétement échoué, et de plus il a occasionné une gêne d'abord, puis de vives douleurs dans la région de l'estomac. Ce résultat pouvait donner à penser, d'une part, que la dose de douze grains était trop faible pour vaincre un accès, et, de l'autre, que les prises de six grains à la fois étaient trop fortes pour le ventricule. Ces conjectures m'ont conduit à modifier en conséquence, la dose et le mode d'administration du médicament.

Obs. II. Pene, caporal au 9e de ligne, 20 ans, constitution moyenne, à Anvers depuis plus d'un an, fut pris de fièvre intermittente au fort Ste Marie pendant l'été de 1849. Elle fut combattue par le sulfate de quinine. Il eut plusieurs rechutes, mais les accès cédèrent bientôt, chaque fois, au repos et au régime.

Il était en bonne santé depuis deux mois lorsque la fièvre reparut à la fin de décembre. Du 25 au 31, il eut chaque jour un accès vers 5 heures du soir.

A son entrée à l'hôpital, le 1er janvier, il a la face pâle, un peu bouffie, la langue blanchâtre, les selles naturelles; l'appétit est conservé; la percussion indique un développement assez prononcé de la rate; cet organe est accessible au toucher au-dessous du rebord des côtes; les autres organes et les fonctions n'offrent rien d'anormal.

Depuis l'entrée du malade à l'hôpital, la fièvre a pris le type quarte : accès le 3, à 8 heures du matin, le 6, à 1 heure après midi; le frisson se prolonge pendant 2 à 3 heures, la sueur est abondante. Rien à noter durant l'apyrexie.

Le 8, je prescris seize grains de carbazotate de potasse en huit pilules, pour en faire prendre une de 3 heures en 3 heures jusqu'au milieu de la journée suivante, jour de l'accès. Le 9, l'accès reparaît à 4 heures du soir, plus intense qu'auparavant.

Le 10, vingt-quatre grains de la substance saline sont prescrits en douze pilules pour en prendre quatre chaque jour, à des distances égales, de manière à consommer le tout avant le retour du prochain accès.

Le 11 et le 12, coliques, borborygmes, pas de douleur à la pression abdominale, deux selles liquides.

Le 12, l'accès reparaît encore, tout aussi fort que le précédent ; plaque herpétique au menton.

Le 13, toujours gêne douloureuse dans l'abdomen, encore quatre selles en diarrhée. — On cesse toute médication.

Le 14, les souffrances abdominales et les selles liquides ont cessé; la rate n'a éprouvé aucun changement.

Le 15, douze grains de sulfate de quinine en solution aqueuse prise par cuillerées dans la journée, ont réduit l'accès à un léger stade de chaleur sans frisson.

Le 18, la fièvre n'a plus reparu. L'usage du sulfate de quinine à six grains par jour, alterné avec des applications de ventouses scarifiées sur la région spléniqne ont amené la convalescence vers la fin du mois.

Malgré l'emploi de doses plus élevées, le carbazotate de potasse est encore resté cette fois sans efficacité contre la fièvre ; les accès sont même devenus plus intenses qu'ils ne l'étaient auparavant. Administré par prises moins fortes que chez le premier malade, il n'a plus occasionné de douleurs d'estomac, mais la prolongation de son usage a donné naissance à des troubles intestinaux, peu profonds il est vrai, et qui se sont bientôt dissipés, mais qui doivent fixer l'attention, car nous les retrouverons encore dans les observation suivantes.

Obs. III. De Groot, du 9e de ligne, 28 ans, bien constitué, prit la fièvre au commencement d'octobre 1849, peu après son arrivée à Anvers. Traité par le sulfate de quinine, il en fut bientôt débarrassé, mais des accès erratiques se montrèrent environ un mois après ; il continua à faire son service, sans traitement, jusqu'à son entrée à l'hopital, le 5 janvier.

Peau pâle, légère bouffissure de la face ; rien d'anormal dans les fonctions digestives ; le volume de la rate excède peu celui qu'on lui assigne à l'état normal ; un peu de toux pendant les accès, quelques râles sonores rares dans la poitrine. Les accès se montrent sous le type quotidien, retardant chaque jour de deux à quatre heures.

Le 8, douze grains de carbazotate de potasse sont donnés, pendant l'apyrexie, par prises de deux grains toutes les trois heures, de manière à ce que toute la dose soit ingérée trois heures avant l'accès attendu le lendemain. Pendant l'usage du médicament, borborygmes, deux selles liquides.

Le 9, l'accès revient sans aucune modification.

Le 10, douze grains en quatre doses pendant l'apyrexie : encore des borborygmes, trois selles en diarrhée, et de plus sensation

d'élancements (*stekingen*) autour de l'ombilic; l'accès survient comme de coutume, le frisson est un peu moins prolongé.

Le 11, une derniere tentative est suivie des mêmes résultats : l'accès est semblable à celui de la veille. La toux reste modérée, la rate est dans le même état.

Le 12, teinte jaunâtre de la peau et des conjonctives, urines rougeâtres ; les réactifs y décèlent la présence de la bile ; rien d'anormal dans la région du foie, nulle douleur, un peu d'accablement. Des applications répétées de ventouses scarifiées, sur la région de l'abdomen et de cataplasmes émollients sur cette cavité, produisirent une amélioration prompte; les fonctions digestives rentrèrent bientôt dans l'ordre, les accès disparurent et le 20 il ne restait plus de traces d'ictère. Une anasarque qui se déclara plus tard prolongea le séjour de cet homme à l'hôpital.

Toujours même nullité du carbazotate de potasse contre la fièvre et mêmes souffrances du tube digestif pendant son usage. Des borborygmes et des selles liquides se sont manifestés chez ce malade dès le premier jour, quoiqu'il ne prît que deux grains du médicament toutes les trois heures. De plus un ictère a paru le quatrième jour, phénomène singulier et d'autant plus remarquable que nous le rencontrerons encore plus d'une fois.

Obs. IV. Depla, canonnier, 28 ans, forte constitution, depuis deux ans à Anvers, eut, en 1849, une fièvre tierce qui céda incontinent au sulfate de quinine. La fièvre le reprit sous le type quarte au commencement de décembre. Il continua son service, sans traitement, jusqu'à son entrée à l'hôpital, le 7 janvier.

Examiné pendant l'apyrexie, ses fonctions ne présentent rien d'anormal : toutefois la rate offre un développement notable, sans être accessible, au toucher, au-dessous du rebord des côtes. Le dernier accès avait eu lieu le 6, à 4 heures du soir; la fièvre revient le 9, à 1 heure après midi, et le 12, à 11 heures du matin. Le frisson dure une heure et diminue un peu d'intensité à chaque accès, la chaleur est modérée, la sueur abondante et prolongée.

Le malade prend, pendant l'apyrexie, du 13 au 15, jour où l'accès est attendu, quarante grains de carbazotate de potasse, deux grains toutes les deux heures. Il accuse par intervalles des gargouillements qu'il rapporte à l'estomac.

Le 15, l'accès reparaît à 9 heures du matin, sans modification.

Le 16, calme, apyrexie, constipation. Un lavement laxatif procure une selle. Je prescris un gros de carbazotate de potasse, à prendre par doses de trois grains toutes les deux heures pendant l'intervalle apyrétique. Trois selles liquides dans la nuit, légère teinte jaunâtre des conjonctives le 17 au matin. L'usage du médi-

cament, interrompu pendant la première nuit, est continué sans aucune interruption, du 17 au 18.

Le 18, ictère plus prononcé, urines rouges à reflet jaunâtre, offrant à l'analyse la matière colorante de la bile; coliques, borborygmes, élancements (*stekingen*) dans l'abdomen, pas de douleur à la pression, selles en diarrhée. A 1 heure après midi, l'accès reparaît plus fort qu'auparavant.

Le 19, le calme est revenu; plus de souffrances abdominales, une seule selle plus consistante. Le volume de la rate est resté le même. L'ictère est très-prononcé. Six ventouses scarifiées sont placées sous le rebord des fausses côtes et des cataplasmes émollients sur l'abdomen.

De nouvelles applications de ventouses scarifiées au même endroit et sur la région splénique, l'usage de boissons adoucissantes, la prolongation du séjour au lit et d'un régime tres-léger, amendèrent progressivement l'état général; les accès revinrent encore le 21 et le 24 en diminuant d'intensité; l'ictère ne disparut qu'au commencement de février.

Ce malade était d'une forte constitution, il avait bien supporté d'abord quarante grains du médicament; c'était le cas d'essayer l'emploi d'une dose élevée, d'autant plus qu'elle pouvait être répartie par prises modérées dans un long intervalle apyrétique. J'espérais obtenir enfin un succès et vaincre le nouvel accès qui devait survenir, mais il n'en fut pas ainsi; l'accès revint avec plus de violence, et nous vîmes reparaître, outre les souffrances du tube digestif, si remarquables par leur constance et leur uniformité, l'ictère que nous avions déjà observé chez le malade qui fait le sujet de l'observation précédente. Comme ce dernier, celui-ci a accusé en outre des élancements dans l'abdomen, se servant tous deux de la même expression flamande pour désigner cette sensation. Deux accès se sont encore manifestés ensuite, et si la fièvre a enfin cessé, il est hors de doute que ce n'est pas au carbazotate de potasse qu'en revient l'honneur, mais au traitement mis plus tard en usage contre les perturbations qu'il avait produites.

Obs. V. Vandenbossche, canonnier, 21 ans, constitution forte, à Anvers depuis plus d'un an, éprouva deux atteintes de fièvre tierce, en octobre 1849, pendant qu'il était détaché au fort Ste Marie. La fièvre céda promptement chaque fois au sulfate de quinine. Il resta bien portant jusqu'au 13 février, époque où la fièvre le reprit sous le même type; il entra à l'hôpital le 15.

Accès de deux jours l'un vers 4 heures du matin; frisson de deux heures de durée; transpiration abondante. Pendant l'apy-

rexie, nul dérangement fonctionnel ; augmentation du volume de la rate d'environ un travers de doigt dans tous les sens.

Les accès diminuent bientôt d'intensité, le stade de froid dure à peine une heure et est peu prononcé, une éruption herpétique a paru aux lèvres. Cependant la fièvre persiste et les accès se rapprochent de quelques heures ; le 22 la fièvre paraît au milieu de la nuit, le 24 à 10 heures du soir, le 26 à 5 heures après midi.

Le 27, jour apyrétique ; la rate conservant les mêmes dimensions et le malade étant parfaitement bien d'ailleurs, vingt grains de carbazotate de potasse sont prescrits en dix pilules, pour en prendre une toutes les deux heures, de 4 heures du soir à 10 heures du matin, sans interruption la nuit, l'accès étant attendu le 28 vers le milieu du jour.

L'accès revient plus fort que les précédents, vers une heure après midi.

Douze grains de sulfate de quinine, pris en trois doses le soir et la nuit suivante, mirent immédiatement fin à la fièvre. La rate n'avait éprouvé antérieurement aucune modification.

On vient de voir un cas de fièvre tierce dans sa plus grande simplicité et qui manifestait une tendance prononcée à céder devant un agent quelque peu doué de propriétés fébrifuges, et cependant vingt grains du sel amer ont encore cette fois complétement échoué. Je n'en ai pas continué l'usage dans la crainte d'éveiller les troubles abdominaux si souvent observés et pensant qu'il fallait enfin mettre un terme aux accès.

Obs. VI. Leys, chasseur à pied, 21 ans, constitution moyenne, n'ayant jamais eu de maladie notable, se trouve à Anvers depuis le mois de mai 1849. Le 4 mars 1850, il ressent pour la première fois un accès fébrile qui se renouvelle chaque jour vers le soir. Il entre à l'hôpital le 10. Immédiatement après son entrée, la fièvre prend le type tierce ; elle reparaît le 11 à une heure après midi, puis le 13 et le 15, en anticipant chaque fois d'environ une heure ; le stade de froid est d'abord très-prolongé, la céphalalgie extrêmement vive, mais les accès diminuent progressivement de longueur et d'intensité. Pendant l'apyrexie, Leys est fort bien, ne présente aucune trace de dérangement fonctionnel ni organique, si ce n'est que la rate offre dans tous les sens une augmentation de volume d'environ un travers de doigt.

Le 16, jour d'apyrexie, vingt grains de carbazotate de potasse sont prescrits dans cinq onces d'eau, pour en donner une cuillerée (deux grains) toutes les deux heures, à commencer à 10 heures du matin, sans interruption la nuit.

Le 17, l'accès reparaît vers 8 heures du matin, offrant la légère

décroissance déjà remarquée dans les accès précédents ; le mal de tête est toutefois encore très-violent. Le malade a eu deux selles liquides la nuit dernière et en a encore deux dans la journée.

Le 18, le calme apyrétique a de nouveau reparu, mais une teinte ictérique très-prononcée colore les conjonctives ; cette teinte est légère au visage ; les urines sont rouges, un peu nuageuses ; les réactifs y décèlent la présence de la bile. Fréquents borborygmes, encore deux selles en diarrhée dans la journée. Pas de changement dans le volume de la rate. Du malaise et de l'agitation se font sentir dans la soirée.

Le 19, nouvel accès vers le matin, ayant un surcroît d'intensité ; la céphalalgie est d'une grande violence. Encore des borborygmes et une selle semi-consistante. Le mouvement fébrile devient continu, un violent paroxysme se montre chaque matin. Des applications de ventouses scarifiées à l'épigastre et sur la région de la rate, des cataplasmes sur l'abdomen, des boissons adoucissantes, une diète sévère rendent les rémissions plus complètes.

Le 24, une solution de douze grains de sulfate de quinine est prise par cuillerées pendant la rémission.

Le 25, plus de fièvre, convalescence.

Voilà encore un cas de fièvre tierce simple, très-disposée à céder, dont les intervalles apyrétiques réunissaient tous les attributs de la santé, et qui, malgré ces circonstances favorables, résiste et s'aggrave sous l'influence du carbazotate de potasse. Je n'ai pas continué l'usage de la substance saline à cause de la diarrhée et de l'ictère qu'elle avait provoqués, et j'ai tenu le malade en observation sans user de médication active, afin de voir si, comme il arrive quelquefois lorsque l'on fait usage du quinquina, l'influence du médicament se serait portée sur l'accès suivant. Mais loin de là, cet accès devint le signal d'un désordre général.

Je vais rapporter une dernière observation, uniquement comme objet d'étude des effets immédiats du carbazotate de potasse sur l'économie chez un sujet sain.

Obs. VII. Firemans, soldat au 9e de ligne, 21 ans, forte constitution, entra à l'hôpital le 16 février. Il avait eu une fièvre tierce plus d'un an auparavant et s'était toujours bien porté depuis. Il disait éprouver depuis la fin de janvier des accès irréguliers, revenant le plus souvent à deux jours d'intervalle, quelquefois même après un intervalle de trois jours. Cette dernière circonstance, et le retour toujours inopiné de ces accès le soir ou la nuit, inspirèrent des doutes sur leur réalité. Cette homme était fort bien d'ailleurs, ses fonctions et ses organes, la rate y comprise, offraient à l'examen un état d'intégrité parfaite. Je résolus néanmoins de lui

faire prendre le carbazotate de potasse, tant pour mettre fin à cette prétendue fièvre, que pour observer les effets de la substance sur un sujet qui pouvait être considéré comme bien portant. Je prescrivis, le 27, dix-huit grains de carbazotate de potasse mêlés à neuf onces d'eau, pour en donner deux cuillerées (deux grains) trois fois le jour. Dès les premières doses, gargouillements dans l'abdomen, sensation d'élancements dans le flanc gauche, une selle liquide.

Le 2 mars, comme il disait encore avoir ressenti la veille des frissons et de la sueur, ce qui n'avait pas été constaté, et toutes les fonctions étant de nouveau à l'état normal, je lui prescrivis trente grains du médicament dans cinq onces d'eau, pour en prendre une cuillerée (trois grains) quatre fois le jour. Cette fois, point de troubles intestinaux, mais, le 4, teinte ictérique des conjonctives et de la peau, qui se prononça plus fortement les jours suivants. La présence de la bile dans les urines fut constatée par les réactifs. L'ictère, qui seul fixa désormais l'attention, n'avait disparu jusqu'à ses dernières traces que douze à quinze jours après son apparition.

Ainsi, chez cet homme fortement constitué et jouissant selon toute apparence d'une santé parfaite, deux grains de la substance saline pris trois fois par jour ont excité à un léger degré quelques-uns des troubles abdominaux déjà notés tant de fois ; trois grains pris quatre fois dans la journée ont déterminé l'apparition de l'ictère après deux jours de leur usage.

Parmi les accidents provoqués par le carbazotate de potasse, l'un des plus remarquables sans doute est cet ictère que nous avons observé si souvent, quatre fois sur sept cas. Un effet si fréquent atteste tout au moins une action propre très-prononcée de cette substance sur l'intestin duodénum. Pour lever les doutes qui auraient pu s'élever sur la cause de la coloration jaune des conjonctives et de la peau, j'ai fait procéder soigneusement à l'analyse des urines, et chaque fois les réactifs y ont décélé la présence de la bile.

Je dois faire ici, au sujet de l'urine des malades soumis au carbazotate de potasse, une remarque que je n'ai pas mentionnée plus tôt, afin d'éviter de la répéter à chaque observation. C'est que cette urine, limpide ou sédimenteuse selon le moment de la fièvre où elle a été recueillie, prend bientôt une belle couleur rouge, qui disparaît graduellement lorsque l'on a cessé l'usage du médicament. Cette couleur est dûe sans doute à la présence de la substance saline dans le liquide urinaire, et rien ne m'a démontré, lorsqu'il n'existait pas d'ictère, qu'elle eût quelque chose de commun avec la partie colorante de la bile.

Mais il est temps de mettre un terme à ces essais. En appliquant d'ailleurs le carbazotate de potasse à de nouveaux cas, je ne ferais que répéter les mêmes expériences, car, en présence des troubles si souvent et si facilement suscités par cette substance dans les fonctions digestives, je n'oserais pas y recourir dans des fièvres intermittentes accompagnées de symptômes quelque peu sérieux.

Des faits qui viennent d'être exposés, je déduis les conclusions suivantes :

1° Le carbazotate de potasse n'est pas doué de propriétés fébrifuges ;

2° Il n'a aucune action sur l'engorgement de la rate ;

3° Il provoque dans les organes digestifs des troubles remarquables par leur fréquence, et qui varient en intensité selon les sujets, les doses du médicament, la durée de son administration ;

4° Ce sont, suivant l'ordre de leur fréquence, des borborygmes (Obs. II, III, IV, VI, VII), de la diarrhée (Obs. II, III, IV, VI), l'ictère (Obs. III, IV, VI, VII), des élancements dans l'abdomen (Obs. III, IV, VII), des coliques (Obs. II, IV), des douleurs d'estomac (Obs. I) ;

5° Ces accidents sont peu durables, ils cessent, à l'exception de l'ictère, peu après la cessation de l'usage du médicament.

(*Archiv. de méd. milit. belges*, avril 1850.)

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1849-1850. — N° 6.

SÉANCE DU 27 AVRIL 1850. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Rapport de la deuxième Section sur diverses communications relatives au choléra épidémique, transmises par le Gouvernement. — M. LEQUIME, rapporteur.

Messieurs,

Diverses pièces relatives au traitement du choléra épidémique ont été soumises, par M, le Ministre de l'Intérieur, à l'appréciation de l'Académie, et renvoyées par elle à l'examen de la deuxième Section, qui m'a chargé de vous en faire rapport.

§ I. — La première de ces pièces est une brochure publiée en langue allemande par le docteur Rodolphe de Vivenot, chevalier de l'ordre brésilien du Christ, membre de plusieurs Sociétés savantes : notre honorable collègue, M. le docteur Rieken a bien voulu, à ma demande, en faire la traduction; elle a pour titre : *Le soufre, médicament nouveau contre le choléra.*

Dans une note préliminaire, l'auteur fait d'abord remarquer que sa brochure n'est que la reproduction d'un article que le docteur Herrick lui a envoyé par l'intermédiaire de M. Stiler, chargé d'affaires des États-Unis de l'Amérique du Nord.

Cet article traite particulièrement de l'étude des causes fondamentales, de l'essence du choléra, ainsi que de la découverte d'un antidote ou spécifique contre cette maladie : M. de Vivenot ajoute qu'il a communiqué sa brochure au ministre de la guerre, comte de Gyulay, qui s'est empressé d'en donner connaissance, par circulaire, aux différents commandants et généraux de l'armée.

Voici maintenant la traduction de l'opuscule dont nous nous occupons.

Dans une conférence qui eut lieu entre les docteurs Herrick (éditeur du *Medical and Surgical Journal of Cincinnati. Ohio*), Blaney et Bird, au sujet de l'influence exercée par l'air atmosphérique sur la production et la propagation des épidémies, ces messieurs étaient arrivés à conclure que le choléra, ainsi que l'influenza, doivent leur origine à la présence de l'*ozone* dans l'air, mais que cette substance y prédomine bien davantage dans le choléra que dans l'influenza.

M. Bird, chimiste distingué, ayant cru reconnaître dans le soufre un contre-poison contre l'influenza, et ayant d'ailleurs observé avec ses collègues que le choléra n'avait jamais régné, en Amérique, dans le voisinage d'eaux minérales sulfureuses ou dans des contrées où il existe des couches sulfureuses, avait tiré de ces faits une autre déduction, d'accord avec ses confrères, à savoir : que le soufre était l'antidote du choléra. Ils se crurent d'autant mieux fondés à émettre cette opinion, qu'ils pensaient être parvenus à démontrer, à l'aide de l'*ozonomètre*, non-seulement la présence de l'ozone dans l'atmosphère pendant l'épidémie de choléra, mais encore la concordance de la quantité plus ou moins grande de cette substance vénéneuse avec la progression ou la décroissance de l'épidémie.

Ces médecins essayèrent, dès lors, le soufre aussi bien sur eux-mêmes que sur tous les autres individus qui, par l'influence du choléra, avaient souffert d'incommodités, de troubles et de légères sensations douloureuses dans les organes de la digestion, etc. Les résultats de ces essais ayant paru satisfaisants, ils les multiplièrent, et prescrivirent ce moyen, en apparence très-simple à l'exclusion de tous les autres médicaments, non-seulement dans les prodromes du choléra, mais encore dans le choléra confirmé. Les phénomènes caractérisés par un sentiment de plénitude et de douleur à l'épigastre, par la sensation de mouvements irréguliers dans l'abdomen, par des diarrhées légères, etc., cédèrent à l'usage de 3 à 4 grains de soufre : dans le choléra confirmé et s'accompagnant de spasmes, de diarrhée, de vomissements, etc., la dose fut portée à 3 grains toutes les deux, trois, ou quatre heures. Les effets de ce

médicament furent si merveilleux que ces médecins se décidèrent à l'employer dans les cas de choléra les plus graves, à l'époque du du *collapsus* dans le *stadium* dit *paralyticum*. Dans des cas qu'on avait considérés comme désespérés, le pouls devenu insensible reparaissait, le froid glacial était remplacé par une chaleur s'étendant à toute la surface du corps, les vomissements abondants et les déjections alvines épuisantes cessaient, enfin les malades étaient sauvés !'

S'appuyant sur ces heureux résultats, les médecins précités ont considéré le soufre comme un véritable spécifique contre le choléra, *tout en engageant leurs compatriotes à n'en faire usage qu'avec le consentement d'un médecin, des conditions individuelles pouvant exiger des modifications dans le traitement et même l'usage d'autres médicaments.*

M. le docteur Bird ajoute que la combinaison de quatre parties de soufre avec une partie de charbon végétal s'est montrée beaucoup plus efficace encore. M. de Vivenot en conclut que l'alcool soufré (*carbonium sulfuratum*) mérite de fixer l'attention.

Bien que l'assertion émise par les médecins américains, à savoir, que le choléra n'a jamais régné dans les localités où il existe des sources ou des couches sulfureuses, ne concorde pas avec les expériences faites dans d'autres contrées; que même cette maladie a sévi avec une grande intensité à Bade, près de Vienne, où il existe des sources sulfureuses en grande quantité (observation qui a été faite également à Aix la-Chapelle dans le courant de l'année 1849), M. de Vivenot croit néanmoins que l'idée d'employer le soufre comme moyen curatif contre le choléra a été très-heureuse et qu'elle mérite d'être mise à l'épreuve : elle lui en paraît d'autant plus digne, que le soufre a été regardé, dans tous les temps, comme le moyen le plus efficace contre l'état veineux prédominant de l'organisme, état qui, selon lui, constitue l'essence du choléra. Il insiste, du reste, sur la nécessité d'employer le médicament à la dose prescrite par les médecins américains, tout en avouant qu'elle puisse paraître trop faible à un grand nombre de médecins et trop forte à beaucoup d'autres. Il prétend l'avoir employé avec succès dans trois cas où il existait des symptômes précurseurs du choléra, et dans un quatrième qui présentait déjà, en apparence, la plupart des symptômes de la période algide. Ce dernier malade qui, avant de consulter le docteur de Vivenot, avait déjà pris trois onces de la potion laxative de Vienne, guérit après avoir employé quatre doses de 3 grains de soufre de demi en demi-heure, et appliqué des sinapismes. Il termine en recommandant aux médecins de ne se servir que du soufre purifié mêlé à deux grains de sucre

de lait, et d'avoir soin de faire triturer ce mélange bien exactement et pendant assez longtemps, la trituration développant, à son avis, l'électricité et rendant le médicament plus efficace : il prie ceux qui en feront l'application, de rendre publics leurs essais, afin qu'il puisse les communiquer au docteur Herrick.

En lisant la brochure de M. de Vivenot, notre honorable collègue M. Rieken s'est rappelé que le soufre avait déjà été recommandé en Allemagne comme un préservatif contre le choléra ; il a trouvé, en effet, que le docteur Reinhardt, de Dresde, a proposé, en 1832, d'employer le soufre à la dose de 5 à 8 grains matin et soir, uni à du sucre et à une poudre aromatique quelconque, telle que le calamus ou l'écorce d'orange. M. Reinhart, à l'appui de sa recommandation, avance les raisons suivantes :

1° Le soufre possède des vertus presque spécifiques contre toutes les maladies contagieuses et dangereuses; il est donc probable qu'il produit les mêmes effets dans le choléra, dont les causes ne ne nous sont pas encore bien connues;

2° Pendant le typhus de 1813 et 1814, toutes les personnes de la connaissance de M. Reinhardt qui avaient porté sur l'épigastre un sachet rempli de soufre pulvérisé ont été exemptes de la maladie, bien que plusieurs d'entre elles eussent été obligées de prendre leur domicile dans des lieux où il y avait beaucoup de malades et où se trouvaient encore une grande partie de leurs vêtements;

3° Selon Tourtual, l'usage du soufre, à l'intérieur, prémunit les enfants contre la contagion de la rougeole (1) ;

4° D'après les rapports qui lui sont parvenus de Tiflis, trois villages furent prémunis contre le choléra par les émanations hydrosulfureuses qui se dégageaient du sol pendant que le choléra sévissait à Bakou;

5° Le soufre pris à petites doses n'offre aucun inconvénient et peut être d'une grande utilité, surtout à cause de son effet pénétrant.

M. Reinhardt est d'avis que les bains sulfureux pourraient produire de bons effets, et que l'emploi du soufre serait plus salutaire encore si l'on joignait à son usage l'application à l'épigastre d'un emplâtre aromatique, soit simple, soit mêlé au tartre stibié et à l'opium : il prétend avoir produit des effets merveilleux avec le mélange suivant :

(1) Contrairement à cette assertion, M. Rieken a observé pendant l'épidémie de rougeole qui a régné à Bruxelles en 1858, que plusieurs enfants auxquels il avait administré le soufre comme préservatif, ont été néanmoins atteints fort gravement de la maladie ; chez deux il y eut récidive dans le cours de l'épidémie.

R.: Empl. aromatic ℥ semis.
Tart. stib. ʒ semis,
Op. puri gr. xv.

On enlève cet emplâtre aussitôt qu'il se forme des pustules et on le réapplique après leur disparition.

M. X...., de Berlin, n'est nullement d'accord avec M. Reinhardt, de Dresde ; il dit :

1° Que les prémisses sur lesquelles M. Reinhardt a basé sa proposition sont tout à fait erronées et que l'expérience n'en démontre nullement la réalité ;

2° Que les vertus anticontagieuses du soufre, bien que préconisées depuis longtemps, ont été exagérées par la plupart des médecins, et qu'il ne connaît aucun fait qui démontre d'une manière péremptoire que l'usage du soufre ait préservé de la variole, de la rougeole, de la peste, de la fièvre jaune ou du typhus ;

3° Que les résultats négatifs des expériences faites, en 1813 et 1814, par le docteur Reinhardt, lui paraissent d'autant moins concluants, qu'il a vu, dans les épidémies de typhus qui ont régné dans la contrée qu'il habite, plusieurs galeux qui ont été pris de typhus quoiqu'ils fussent imprégnés de soufre.

Nous ajouterons, pour corroborer cette opinion, que notre honorable collègue M. Lebeau, a observé à l'hôpital de Bruxelles, deux galeux qui ont été atteints du choléra.

M. X.... conclut des faits qu'il cite, que la spécificité du soufre contre la contagion du choléra est fort douteuse et même très-invraisemblable : il ne lui reconnaît pas une efficacité plus grande, sous ce rapport, que celle d'autres médicaments doués d'une odeur très-pénétrante, tels que le musc, le camphre, l'ambre, etc.... Il pense, d'ailleurs, que l'usage prolongé du soufre à l'intérieur peut produire des effets nuisibles, attendu, dit-il, qu'il attaque les organes de la digestion, qu'il augmente les sécrétions du canal intestinal, et qu'il peut, ainsi, amener d'autant plus facilement la prédisposition au choléra.

M. X.... fait remarquer cependant que l'usage interne du soufre peut être innocent dans quelques circonstances particulières : par exemple, lorsqu'on le prend *avec une confiance très-grande en sa vertu préservatrive*, cette confiance diminuant l'influence de la peur sur l'organisme ; il ajoute, du reste, que les autres amulettes, tels qu'un morceau de camphre, de castor, de chlorure de chaux sur un coussin magnétisé, produiront le même effet, employés dans le même but. (Voyez *Casper's Berliner Choléra Zeitung*, 1831, p. 167 et 168.)

Malgré les élucubrations des honorables confrères dont les

noms viennent de vous être cités, vous aurez pu vous convaincre, Messieurs, que les vertus médicatrices du soufre mis en usage contre le choléra ne sont pas encore consacrées par l'expérience. Pris à la dose indiquée par l'auteur, il est généralement reconnu que ce médicament ne donne lieu à aucun phénomène remarquable, si ce n'est de communiquer aux garde-robes et au gaz intestinaux une fétidité extrême.

A en croire, pourtant, M. le comte O'Sullivan, ministre de Belgique à Vienne, ce remède, qui a été mis en pratique dans les hôpitaux de cette capitale et dans ceux de l'armée de Hongrie, serait doué d'une efficacité incontestable : beaucoup de praticiens se seraient, toutefois, montrés contraires à ce traitement. Mais pour notre ministre cela ne prouve rien, l'expérience vaut mieux que les dissertations des médecins ; le remède guérit, cela lui suffit. Il n'y aurait rien à répondre à un tel argument, si l'assertion de M. O'Sullivan était appuyée par des faits authentiques ; malheureusement pour l'humanité, il n'en est pas ainsi : la brochure du docteur de Vivenot ne renferme, en effet, que des assertions qu'aucun fait ne démontre, et l'analyse que j'en ai faite, vous permettra d'apprécier la valeur des cures merveilleuses attribuées au médicament dont nous nous occupons.

La deuxième Section croit donc, en attendant que de nouvelles lumières soient répandues sur ce sujet, devoir réserver son opinion et se borner à vous proposer d'enregistrer la communication du docteur de Vivenot.

§ II. — La seconde pièce envoyée à l'examen de la Section est une lettre de M. De Rote, consul général de Belgique à Alger ; elle est relative à un remède qui aurait été employé, avec succès contre le choléra à Constantinople et à Alger dans l'hôpital du Dey.

Voici la formule de ce remède et la manière de s'en servir :

R. Hydriodate de potasse, 12 grains,
Eau ordinaire, 20 drachmes.

Cette solution doit être prise en une fois, et une demi-heure après on fait usage de café noir.

A la prière de notre consul, M. le docteur Ferrus s'est chargé d'expérimenter ce remède.

Quant à moi, Messieurs, je l'ai mis en pratique plusieurs fois, dans mon service de cholériques à l'hôpital Saint-Jean, et, bien que je me sois scrupuleusement conformé aux instructions contenues dans la lettre de M. De Rote, je le dis à regret, ce remède n'a produit aucun résultat avantageux : en somme, il ne nous semble

pas digne d'être recommandé par l'Académie à l'attention du Gouvernement.

§ III. — Le vice-consul belge à Trieste a fait parvenir au Gouvernement une instruction imprimée sur le choléra. Je dois encore à l'obligeance de notre collègue, M. Rieken, la traduction de cette pièce, qui porte pour titre : *Élexir végétal anti-cholérique.*

Usage. — Dès l'apparition des premiers symptômes, tels que coliques, diarrhée, vomissement, contraction douloureuse ou démangeaison de la plante des pieds, le malade se couchera sans délai, et se prémunira contre tout courant d'air en se couvrant soigneusement : on lui conseillera, en même temps, de s'appliquer un coussin ou un drap pesant sur le ventre, afin de provoquer une chaleur plus forte et plus durable.

Le malade, ainsi placé au lit, prendra une grande cuillerée à soupe de l'élixir, et, une demi-heure après, une tasse de thé chaud de camomille vulgaire.

Après avoir pris ladite dose, le malade ne tardera pas à entrer dans une forte transpiration. On peut changer son linge, selon les circonstances, tout en préservant le malade de refroidissement et en continuant à lui donner par intervalle le thé chaud précité.

Quelque temps après, le malade s'endormira ; ce sommeil doit être respecté : à son réveil il sera sauvé!

Deux ou trois heures plus tard, on lui donnera un peu de bouillon ou, à défaut de ce dernier, une autre nourriture liquide ; l'appétit se manifestera peu après. Néanmoins, l'on devra observer encore un certain régime et, au besoin, continuer pendant quelque temps à garder le lit si l'état de faiblesse l'exige.

Dans le cas, exceptionnel et fort rare, où le malade ne transpirerait plus au bout de trois quarts d'heure, la dose devrait être répétée avec les mêmes précautions.

Si le sujet est d'une forte constitution et que le mal ait fait trop de progrès, ou enfin s'il est pris en même temps de tous les symptômes précités, ou qu'il soit habitué à l'usage des boissons spiritueuses, on lui donnera dès le début une cuillerée et demie à bouche de l'élixir, et on répétera cette dose, en cas de besoin, trois quarts d'heure après, avec les mêmes précautions.

Quoique cela ne soit pas indispensable, il est cependant utile que le malade se purge au bout de six à huit jours, afin d'éviter toute rechute ; à cet effet, il prendra, pendant quelques jours, un purgatif composé de jalap, de rhubarbe ou d'huile de ricin.

Effets de l'élixir dans d'autres cas. — On pourra employer avec un succès assuré cet élixir, à dose moins élevée, contre les

coliques dépendant de refroidissement ou de l'usage d'aliments froids, même dans le cas où elles seraient accompagnées de forte diarrhée ou de vomissement. Si toutefois elles étaient très-violentes, il faudrait les traiter comme le choléra, et on parviendrait à les guérir un peu de temps. Dans des cas plus légers, les règles concernant le régime indiquées plus haut, ne doivent pas être suivies scrupuleusement.

Au contraire, dans les fièvres produites par le malaria, le traitement doit être le même que pour le choléra. Le médicament sera administré pendant l'accès de fièvre. Dans le cas où la première dose n'aurait pas provoqué la transpiration voulue, il faudrait faire prendre la deuxième dose pendant l'accès suivant. Si ces deux doses ont produit une diminution des symptômes, on les continue d'après le même système. Cependant, si le malade n'avait pas trouvé de soulagement après les doses prises, ou s'il n'avait pas transpiré, ce serait un signe que des cures antérieures empêchent l'apparition de la transmission : il faut dans ce cas arrêter l'usage de l'élixir.

La dose de l'élixir doit varier en raison de l'âge des enfants.

Observations générales. — En employant cet élixir, il faut surtout prendre garde que le malade ne fasse usage d'autres médicaments; il ne doit pas avoir subi des pertes de sang considérables, soit par suite d'accident, soit en vertu d'une prescription médicale.

On recommandera expressément de se prémunir contre tout refroidissement de la peau et de donner des doses d'élixir assez considérables, qui ne peuvent nuire dans aucun cas et accéléreront au contraire la guérison.

Il n'est cependant que trop vrai que l'on rencontre, dans toute espèce de maladie, des individus dont les humeurs sont corrompues à tel point que leur dissolution n'arrive que trop promptement et qu'aucun traitement n'est suivi de succès ; ces cas sont du reste fort rares, surtout chez les personnes qui ont mené une vie régulière.

Cet élixir, composé des plantes les plus salutaires, à déjà été analysé et reconnu innocent : quoiqu'il soit très-spiritueux, il ne constitue qu'une liqueur d'un goût agréable. On peut le recommander également contre les maladies épidémiques et endémiques ; on le donne à la dose de quatre à quarante gouttes le matin à jeûn, sur un morceau de sucre.

Il est inutile, Messieurs, que la Section vous fasse remarquer que cette pièce, dont vous apprécierez facilement le but, ne mérite pas d'occuper l'attention de l'Académie.

§ IV. — Dans une lettre adressée à M. le Ministre de l'Intérieur, par le docteur Ch. Pellarin, chirurgien du deuxième bataillon de la garde mobile, en garnison à Givet (France), cet honorable confrère ne craint pas d'affirmer qu'il a découvert la cause, la nature et le mode de propagation du choléra asiatique, ainsi que les moyens, aussi sûrs que simples et faciles, d'en préserver les populations.

Vous êtes pressés, sans doute, Messieurs, de connaître sur quelles bases repose cette *merveilleuse et importante découverte*; nous allons satisfaire votre juste impatience.

Selon M. Pellarin, le choléra de Givet a reconnu deux origines bien distinctes :

1° L'importation du fléau en cette ville par deux jeunes Belges venant, l'un de Bruxelles, l'autre d'un point différent de notre territoire où régnait l'épidémie ;

2° Le développement spontané de la maladie dans deux compagnies du soixante-troisième régiment de ligne par les émanations d'une latrine de la caserne.

De ces faits et de l'analogie frappante qu'offrent, selon M. Pellarin, les symptômes du choléra avec ceux de l'asphyxie par certains gaz délétères, par l'hydrogène sulfuré particulièrement et par la combinaison ammoniacale (sulfhydrate d'ammoniaque), l'auteur tire les conclusions suivantes, dont quelques-unes au moins vous paraîtront quelque peu hétérodoxes :

1° Le choléra est un empoisonnement dû à l'absorption d'un ou de plusieurs gaz délétères exhalés des matières animales en décomposition, *spécialement des matières que renferment les fosses d'aisance*;

2° L'agent de l'empoisonnement ou intoxication cholérique est, selon toute probabilité, le gaz sulfhydrique et sa combinaison avec le gaz ammoniac ;

3° Le choléra, dans nos pays d'Europe du moins, se contracte toujours par suite de l'une ou l'autre de ces deux circonstances : fréquentation de latrines infectes, ou respiration de miasmes dégagés des matières rendues par les cholériques;

4° Il n'est pas nécessaire d'avoir déjà la diarrhée pour être atteint du choléra, si l'on s'expose aux influences qui l'engendrent ou le transmettent ;

5° La diarrhée ne constitue une prédisposition au choléra que parce qu'elle oblige, d'une part, ceux qui en sont affectés à se rendre fréquemment aux lieux où l'on respire l'air qui donne le choléra, et que, d'autre part, elle rend l'absorption plus active chez les sujets qu'elle a débilités;

6° La désinfection des fosses d'aisance et des matières rendues par les cholériques; l'enfouissement immédiat de ces matières dans les campagnes où il n'y pas, en général, des fosses d'aisance couvertes, voilà la principale mesure de préservation à mettre en usage contre le choléra. Le désinfectant par excellence est le chlore qui, mis en présence du gaz sulfhydrique, s'empare de son hydrogène et met le soufre à nu. La dissolution du sulfate de fer est employée avec avantage pour assainir les fosses d'aisance et neutraliser les gaz dangereux qu'exhalent les amas de matières fécales ;

7° Les inspirations alternatives de chlore et de vapeur d'éther (celles de l'éther ne doivent pas être toutefois poussées jusqu'au narcotisme), les boissons aromatiques opiacées et spiritueuses, les frictions excitantes et les applications chaudes à la surface du corps, pendant la période du froid, sont les moyens thérapeutiques qui ont paru à M. Pellarin. produire les meilleurs effets dans le choléra confirmé : il importe de renouveler souvent l'air autour des malades, d'éloigner d'eux promptement leurs déjections ainsi que les linges et effets souillés.

Tel est, Messieurs, le sommaire de la lettre de M. Pellarin ; nous croyons devoir borner là ce que nous avions à vous en dire : nous ajouterons cependant qu'elle ne renferme rien d'utile, qu'elle contient même des idées erronées sur le mode de propagation et sur le traitement d'une maladie dont la connaissance est environnée de trop de ténèbres pour les rendre plus épaisses encore par des hypothèses sans fondement.

— L'Académie adopte successivement, sans discussion, les conclusions qui terminent l'examen de chacune de ces communications, et dont les deux dernières tendent à passer à l'ordre du jour.

MÉTÉOROLOGIE. — *Observatoire royal de Bruxelles.*

FÉV. 1850.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Quantité d'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°			
1	754,36	4,8	5,4	—1,2	10,18	OSO.	Sombre, humide, brouillard.
2	755,58	8,5	9,6	4,1	1,78	O.	Couvert, pluvieux; vent fort le soir.
3	754,94	8,6	10,2	8,1	8,40	O.	Beau.
4	758,59	2,8	9,7	2,1	»	O.	Très-beau.
5	751,47	3,0	7,0	2,1	»	SSO.-OSO.	Assez beau ; pluie et tempête le soir.
6	728,24	6,2	6,7	3,3	8,27	O. NO.	Pluvieux, vent très-violent.
7	742,80	2,8	6,5	1,8	»	NO.-ONO.	Assez beau.
8	753,03	3,4	5,5	1,5	3,31	ONO.-O.	Couvert, gris.
9	752,18	8,4	9,8	5,4	»	O.-OSO.	Sombre; vent et pluie.
10	755,82	4,4	10,3	3,2	2,93	O.-ONO.	Beau le matin ; sombre le soir.
11	759,81	4,9	7,5	2,4	0,23	OSO.-SO	Sombre, pluie et vent le soir.
12	744,61	4,5	8,1	3,3	3,18	O.-OSO.	Pluvieux ; vent le soir.
13	749,98	2,6	7,0	1,7	5,09	NO.	Sombre, neige vers midi ; beau le soir.
14	763,85	1,2	3,8	—1,1	1,78	OSO.-SO.	Beau le matin ; pluvieux et vent le soir.
15	759,68	7,8	9,3	1,4	5,22	OSO.	Sombre, brumeux.
16	754,98	8,7	10,0	8,4	5,99	OSO.-NO.	Pluie et vent le matin ; serein mais froid le soir.
17	766,20	4,1	10,1	2,1	0,13	O.	Beau.
18	764,08	6,3	9,2	6,3	0,25	O.-OSO.	Sombre.
19	763,10	5,8	9,2	3,8	»	OSO.-O.	Superbe.
20	761,06	8,8	11,1	5,3	»	OSO.	Sombre, pluvieux.
21	763,27	5,3	10,2	4,3	8,15	OSO.	Se couvre dans la matinée ; vent frais.
22	762,48	9,1	10,4	7,2	»	ONO.	Couvert, gris.
23	766,41	7,4	10,5	6,9	»	O.	Couvert, sombre.
24	763,59	6,9	9,9	5,2	»	SO.-SE.	Beau.
25	768,43	3,2	8,5	0,9	»	SE.	Superbe.
26	768,51	6,3	9,9	3,2	»	S.-SSO.	Beau, mais nuageux.
27	767,31	4,6	10,4	1,9	»	SO.-SE.	Très-beau.
28	762,56	4,0	9,7	0,5	»	S.	Beau, brumeux le soir.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

PHYSIOLOGIE. — 1. *Examen critique de la théorie ovulaire de la menstruation* (1); par le docteur W. B. KESTEVEN.

(Archives générales de médecine, avril 1850.)

La théorie ovulaire de la menstruation doit aux travaux nombreux et remarquables de MM. Power, Pouchet, Négrier, Robert Lee, etc., la place qu'elle occupe aujourd'hui dans la physiologie et dans la pathologie des organes sexuels de la femme. Il importe cependant de savoir si les bases sur lesquelles repose cette doctrine, si les faits connus sur lesquels elle s'appuie, sont suffisants pour qu'elle puisse prendre rang parmi les théories inductives légitimes ou bien plutôt, s'il ne faut pas la regarder comme une hypothèse ingénieuse.

Le moment me semble bien choisi pour soumettre cette théorie au creuset de la critique. En effet, la plupart des auteurs qui ont écrit, depuis quelques années, sur la pathologie et le traitement des maladies utérines, en ont fait en quelque sorte la clef de leurs doctrines, relativement aux déviations morbides de la fonction menstruelle, et s'en sont presque exclusivement servis pour expliquer quelques points obscurs et difficiles de l'histoire de la grossesse. C'est ainsi qu'un homme connu par ses recherches sur l'obstétrique, M. Ch. Meigs, de Philadelphie,

(1) En empruntant à la *Gazette médicale de Londres* (décembre 1849) le mémoire de M. Kesteven, nous n'avons eu nullement l'intention de jeter du discrédit sur la théorie ovulaire. Nous avons applaudi, pour notre part, aux efforts sérieux et intelligents des physiologistes et des médecins qui se sont efforcés de substituer à des théories ridicules et surannées des idées plus en rapport avec les sains principes physiologiques; mais nous avons toujours aperçu dans cette théorie des points obscurs, sur lesquels le mémoire ci-joint fixe plus particulièrement l'attention. En présentant un examen critique, souvent un peu sévère, de cette théorie, M. Kesteven n'en a cependant pas ébranlé les bases, et c'est pour appeler de nouvelles recherches que nous donnons place à ce travail dans nos colonnes.

déclare dans son *Traité des accouchements*, publié en 1849, que tout ce qu'on a écrit sur la nature et les causes de la menstruation, avant l'année 1825, est un tissu d'absurdités, et que nos connaissances réelles n'ont commencé qu'à partir du moment de la découverte de la vésicule de Purkinje, découverte qui a jeté une si vive lumière sur la nature et les lois de la reproduction. De même, M. Tyler Smith, dans un ouvrage récent (*Parturition and the principles and practice of obstetric* 1849, p. 76), imprime le passage suivant : « La théorie moderne de la menstruation, qui explique les règles par l'excitation périodique des ovaires, et par l'expulsion des ovules, parvenus à leur maturité, hors des vésicules de Graaf, dans laquelle par conséquent la sécrétion de l'écoulement menstruel est regardée comme secondaire aux phénomènes ovariques, peut être considérée comme définitivement prouvée. L'analogie fondamentale entre la menstruation dans l'espèce humaine, la chaleur chez les animaux mammifères, la ponte chez les animaux ovipares, se trouve aujourd'hui établie d'une manière satisfaisante. » Enfin la théorie ovulaire a pris sa place dans les traités les plus récents de physiologie ; M. Kirkes, dans son *Manuel de physiologie*, p. 602, après avoir fait connaître les bases sur lesquelles repose cette théorie, ajoute en terminant : « De tout ce qui précède, il résulte que les deux états, chaleur et menstruation, sont analogues, et que tous deux ont pour accompagnement obligé la maturation et la descente des ovules. »

Il me serait facile de multiplier les citations ; mais le fait de la prédominance de cette théorie est trop bien établi aujourd'hui pour avoir besoin d'une nouvelle démonstration. Passons maintenant à l'examen des diverses propositions en lesquelles cette théorie a été formulée, et voyons si elles sont conformes à l'observation.

La théorie ovulaire peut se résumer dans les propositions suivantes : 1° Avant la période de la puberté, les ovaires ne contiennent pas d'ovules parvenus à maturité. 2° c'est seulement au moment et après la période de la puberté, que les ovules mûrissent dans les vésicules ovariques de Graaf. 3° La maturation et l'expulsion des ovules se font périodiquement, c'est-à-dire à l'époque de la menstruation. 4° La maturation et l'expulsion des ovules s'arrêtent avec la cessation des règles. 5° L'augmentation d'activité qui a lieu dans les ovaires, chaque période mensuelle, s'étend à l'utérus, et détermine le flux menstruel. 6° L'écoulement menstruel est une sécrétion assez analogue à la membrane caduque, une espèce de travail abortif qui a pour résultat de

mettre l'utérus dans une situation telle qu'il puisse recevoir et conserver l'ovule dans son intérieur.

Examinons chacune de ces propositions en particulier.

Proposition I. — *Avant la période de la puberté, les ovaires ne contiennent pas d'ovules parvenus à maturité.*

Sur ce point particulier, il n'existe peut-être pas de recherches plus étendues et plus complètes que celles publiées il y a quelques années, par le docteur Ritchie (*London med. gaz.*, t. XXXIII, XXXIV, XXXV). Ce médecin a examiné avec soin les ovaires d'enfants de différents âges, jusques et compris la période de la menstruation, et voici en quels termes il expose le résultat de ses recherches : « Les ovaires des enfants nouveau-nés et des enfants plus âgés offrent, quelquefois en assez grand nombre, des vésicules de Graaf, ou des ovisacs, qui sont le siége d'une injection très-vive, à partir de la sixième année, et qui offrent un volume variable depuis celui d'une graine de coriandre jusqu'à celui d'un petit grain de raisin (vers la quatorzième année). A ce moment aussi, on les trouve remplis par un liquide transparent, granuleux, et les œufs qu'ils contiennent peuvent être reconnus facilement. Enfin les parois des ovisacs sont tellement élastiques, que lorsqu'on vient à les déchirer, ils chassent avec force ce qu'ils contiennent jusqu'à une distance de plus d'un pied. »

A ce témoignage qui établit que les ovules, parvenus à maturité, peuvent être trouvés dans les ovaires avant la menstruation, nous pouvons ajouter le témoignage de Carus, qui a été cité comme favorable à la théorie ovulaire, et qui dit précisément, dans la dernière édition de son *Système de physiologie*, p. 655, qu'il a rencontré les vésicules de Graaf et les ovules qu'ils contiennent parvenus à leur développement complet, dans les ovaires d'enfants de trois et quatre ans.

Proposition II. — *C'est seulement au moment et après la période de la puberté, que les ovules mûrissent dans les vésicules ovariques de Graaf.*

Je pourrais me borner à faire remarquer que l'on n'a pas encore fourni la preuve de la coexistence de cette modification si remarquable des ovaires avec l'établissement de la menstruation ; mais les dissections de M. Ritchie, faites sur le cadavre de femmes qui avaient été menstruées régulièrement, et qui n'avaient pas été enceintes, établissent que la menstruation ne semble apporter

dans l'état des ovaires aucune modification bien tranchée, si l'on en excepte la congestion : cette congestion elle-même n'apporte non plus aucune modification immédiate dans la manière dont se vident les ovisacs, ou dans les changements ultérieurs qu'ils éprouvent.

« La progression des follicules de Graaf ou des ovisacs, vers la surface des ovaires, ajoute M. Ritchie, leur apparition sous le feuillet du péritoine, sous de forme de taches de couleur cuivrée, l'absorption de cette membrane et de leurs tuniques propres, et la production d'une solution de continuité à leur point de contact, s'effectuent aussi bien à l'époque menstruelle que dans l'intervalle de ces époques ; seulement, dans le premier cas, les vésicules sont tellement développées comme volume, comme vascularité et comme organisation, que leur rupture entraîne, en général une lésion plus considérable du péritoine. Après la sortie de l'ovule et du liquide granuleux, il se fait dans la cavité un épanchement de sang plus considérable, et il se produit dans les parois du kyste déchiré des changements plus remarquables que dans l'intervalle des époques menstruelles. » (Mém. cité.)

Proposition III. — *La maturation et l'expulsion des ovules se font périodiquement, c'est-à-dire à l'époque de la menstruation.*

Nous avons vu plus haut que les dissections de M. Ritchie ont montré que la présence de la menstruation n'est pas nécessaire au développement ou à la rupture des ovisacs. On a aussi fait la remarque que la menstruation peut avoir lieu sans qu'il y ait rupture des vésicules, et réciproquement, qu'il peut y avoir déchirure des vésicules et expulsion des ovules, sans écoulement menstruel.

Si la période de la menstruation était véritablement la période spéciale de la maturation et de l'expulsion des ovules, on rencontrerait plus souvent ces derniers dans les trompes ou dans l'utérus, et plus particulièrement après la période menstruelle qu'à toute autre époque. Or cela n'est pas ; c'est même le contraire, puisque le nombre des vésicules de Graaf n'est nullement en rapport avec celui des périodes menstruelles.

C'est à tort que l'on rapporte, à l'appui de cette proposition, les quelques faits dans lesquels on a trouvé, chez des femmes mortes pendant la menstruation, les vésicules récemment déchirées. Tant qu'on n'aura pas parfaitement établi la relation de cause à effet, ces faits ne pourront être considérés que comme de simples coïncidences. L'ovulation est une fonction constante des ovaires, la menstruation est une fonction temporaire de l'u-

térus : rien d'étonnant, par conséquent, que les deux fonctions puissent quelquefois se trouver coexistantes.

Pour démontrer l'exactitude de la proposition précédente, on a été jusqu'à dire que toutes les fois qu'on ouvrait le corps d'une femme qui avait succombé pendant la menstruation, ou très-peu après l'accomplissement de cette fonction, on trouvait à la surface des ovaires une petite tache sanguine, et qu'en cherchant bien, on pourrait même trouver l'ovule. Ce sont là des assertions sans preuve ; mais cela fût-il vrai, que cela n'irait pas contre ce fait : que les vésicules de Graaf mûrissent et se rompent pendant la lactation, pendant la grossesse, c'est-à dire à des époques où la menstruation fait entièrement défaut.

Autre considération : si la maturation des ovules n'avait lieu qu'aux époques menstruelles, l'imprégnation ne pourrait se faire qu'à une période très-rapprochée de ces époques. Comment expliquer alors ces cas dans lesquels l'imprégnation a lieu, dix, douze, vingt et un jours même après l'époque menstruelle ? comment enfin la conception précède-t-elle souvent d'une manière immédiate la menstruation ? Il ne peut y avoir de doute à cet égard : si la maturation et l'expulsion des ovules n'ont lieu qu'à la période menstruelle, la faculté de la conception doit être limitée aux vingt-quatre ou quarante-huit heures qui précèdent la menstruation, ou, au plus, aux huit jours qui la suivent. Or, les faits ne sont pas rares dans lesquels l'imprégnation a lieu beaucoup plus tard, témoin celui rapporté récemment par M. Oldham, dans lequel, la dernière époque menstruelle ayant eu lieu le 16 janvier, la malade devint enceinte, bien qu'elle n'eût eu de rapports sexuels que le 28 du même mois, c'est-à-dire douze jours après ses règles.

Il est d'ailleurs d'autres faits qui battent en brèche cette doctrine. D'après la loi de Moïse, les rapports sexuels sont interdits jusqu'au huitième jour après l'apparition des règles. Quelques femmes juives poussent même le scrupule plus loin, et, pour obéir au précepte rabinique, elles ajoutent cinq jours à cette période ; cependant ces femmes ne sont pas moins prolifiques que les autres. Si les ovules n'étaient expulsés qu'aux périodes menstruelles, il s'ensuivrait, d'après la théorie, que les femmes deviendraient enceintes avant l'expulsion des ovules. Enfin comment se fait-il que les femmes puissent devenir si souvent enceintes en l'absence des règles, dans l'aménorrhée de la lactation ou dans des aménorrhées d'une autre cause ?

De tout ce qui précède, ne pouvons-nous pas conclure avec un des physiologistes le plus distingué de notre époque, M. Car-

penter, que la menstruation et l'ovulation, bien que pouvant être réunies en certains cas, ne sont pas indispensablement liées l'une à l'autre, et que la maturation des ovules s'opère d'une manière continuelle ?

Proposition IV. — *La maturation et l'expulsion des ovules s'arrêtent avec la cessation des règles.*

J'en appelle encore ici aux recherches de M. Ritchie. Cet observateur a établi que les vésicules de Graaf se développent dans les ovaires depuis les premières périodes de l'enfance jusqu'à l'âge le plus avancé. Seulement, dans la vieillesse, leur organisation semble se rapprocher de celle qu'elles offrent dans l'enfance ; leur structure est délicate, fragile ; leurs parois ressemblent à des toiles d'araignée ; la moindre pression, l'exposition à l'air, suffisent pour les déchirer et pour les vider du liquide qu'elles contiennent.

Proposition V. — *L'augmentation d'activité qui a lieu dans les ovaires, à chaque période menstruelle, s'étend à l'utérus, et détermine le flux menstruel.*

C'est le contraire qui semble résulter des faits : l'accroissement de vascularité de l'utérus, à l'époque de la menstruation, s'étend aux ovaires, qui sont alors, avec l'organe utérin, le siége d'une congestion sanguine. L'expulsion des ovules peut avoir lieu, ainsi qu'on l'a vu, sans menstruation ; et les déchirures laissées sur les ovaires, par la rupture des vésicules de Graaf, peuvent se retrouver trois mois après cette rupture, bien que la menstruation ait reparu dans l'intervalle.

Si l'expulsion d'un ovule ou de deux ovules, parvenus à la maturité, était, chez la femme, la cause des troubles fonctionnels qui accompagnent la menstruation, et de la menstruation elle-même, ne devrait-il pas en être de même *à fortiori* des animaux placés plus bas dans l'échelle, et qui expulsent à la fois un certain nombre d'œufs. On voit bien, dans certains cas, chez quelques animaux, chez la jument, chez la chienne, la période de chaleur s'accompagner d'un écoulement sanguinolent ; mais ce phénomène diffère absolument de l'écoulement menstruel régulier qu'on observe chez l'excitation sexuelle. La congestion des ovaires, qui se fait à l'époque menstruelle, semble bien plutôt un effet qu'une cause ; c'est par conjecture seulement que l'on a pu arriver à considérer cette congestion comme la cause de l'expulsion de l'ovule, et l'expulsion de celui-ci comme la cause du flux menstruel. Pour admettre scientifiquement une

relation de cause à effet, il faut nécessairement que les circonstances antécédentes précèdent l'effet produit d'une manière constante et invariable, qu'il y ait proportionnalité dans les résultats, enfin qu'il y ait reproduction du phénomène dans les mêmes conditions analogues. Rien de pareil dans cette théorie. La vérité est cependant qu'il est aussi impossible d'apporter des preuves directes en faveur de cette relation de cause à effet, que de l'infirmer par des raisons positives.

Proposition VI. — *L'écoulement menstruel est une sécrétion analogue à la membrane caduque.*

Sur ce point, je répondrai, avec tous les physiologistes modernes, que l'analyse chimique n'a fait reconnaître entre le sang menstruel et le sang normal d'autre différence que celle qui résulte de la présence de quelques écailles d'épithélium et du mucus qui délaie l'écoulement et diminue d'autant la proportion de fibrine. Les phénomènes qui précèdent l'écoulement menstruel ont évidemment les plus grands rapports avec ceux qui annoncent partout d'ailleurs la production d'une hémorrhagie. Quant à cette hypothèse qui tend à considérer la sécrétion comme une espèce de travail abortif, je ne m'attacherai pas à la réfuter, parce que les faits manquent complétement à l'appui.

Nous comprenons tout le désir qu'éprouvent les médecins et les physiologistes de posséder enfin une théorie de la menstruation ; mais ce n'est pas une raison pour accepter une théorie, si ingénieuse qu'elle puisse être, parce qu'elle pèche par la base, par l'introduction même. En résumé, je suis convaincu que la théorie ovulaire n'a pas ajouté grand'chose aux connaissances que nous possédions déjà sur la menstruation, et je crois pouvoir formuler, dans les conclusions suivantes, ce qu'il y a de mieux établi à cet égard :

1° La menstruation est une fonction *périodique* de l'utérus.

2° L'ovulation est une fonction *constante* des ovaires.

3° La maturation des ovules se fait, dans les ovaires, à tout âge, plus rapidement toutefois pendant la vie menstruelle.

4° Les ovules sont expulsés à toutes périodes de la vie de la femme, dans les intervalles aussi bien qu'aux époques de la menstruation.

5° L'ovulation et la menstruation peuvent souvent coïncider ; on peut en conclure qu'elles sont liées toutes deux à une certaine période du développement de l'économie, chez la femme.

6° Comme l'une de ces fonctions est soumise à la loi de la périodicité, tandis qu'il n'existe rien de pareil dans l'autre, il

reste encore à trouver la relation de cause à effet, avant de pouvoir considérer la menstruation comme produite par l'ovulation.

7° A la période menstruelle, les ovaires éprouvent l'extension de la congestion utérine, et deviennent, avec l'utérus, le siége d'un accroissement d'activité fonctionnelle.

8 L'écoulement menstruel est une véritable hémorrhagie, ainsi que l'établissent l'analyse chimique et les phénomènes que les femmes éprouvent pendant sa durée.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALE.

PATHOLOGIE INTERNE. — 2. *Note sur le développement d'un son clair, comme métallique (hydro-aérique), dans le cours des épanchements pleurétiques*; par A. NOTTA, interne des hôpitaux, membre de la Société médicale d'observation.

(Archives générales de Médecine, avril 1850.)

Afin que l'on puisse saisir dans tous ses détails le fait que je me propose d'étudier ici, je commencerai par rapporter une observation.

OBS. I. — R... (Félix), soldat, entra le 23 juin 1844 à l'hôpital Saint Antoine, service de M. Nélaton, pour un coup de feu qui lui avait traversé les parties molles de la cuisse, sans intéresser l'os ni l'artère. Au commencement d'août, la plaie était presque entièrement cicatrisée sans avoir déterminé d'accidents, lorsque vers le 2 de ce mois, il ressentit dans le côté droit de la poitrine une douleur dont il ne parla pas. Le 10 août, on reconnut la présence d'un épanchement considérable dans le côté droit de la poitrine, caractérisé par un point de côté, par une matité absolue à la percussion, depuis le sommet jusqu'à la base du poumon, tant en avant qu'en arrière, enfin par une faiblesse considérable du murmure vésiculaire, qui ne pouvait être perçu à la base. Du reste, apyrexie complète, peau fraîche ; 8 ventouses scarifiées furent appliquées sur le côté droit de la poitrine. Le 11 août, la douleur de côté avait disparu ; on appliqua un vésicatoire de la largeur des deux mains. Enfin le 13 août, on purgea le malade avec de l'eau-de vie allemande ; il eut des garde-robes nombreuses. Néanmoins l'épanchement persista toujours à peu près au même degré. Aujourd'hui le malade est dans l'état suivant.

Le 18 août. Squelette bien développé ; peau blanche, cheveux blonds, chairs un peu molles ; sujet assez maigre, médio-

crement musclé ; peau fraîche ; 72 pulsations égales régulières ; 20 inspirations par minute, égales, régulières. A la percussion, on trouve une matité absolue dans tout le côté droit de la poitrine en arrière et en avant, depuis le sommet jusqu'à la base du poumon ; à l'auscultation, on perçoit de l'égophonie dans la fosse sus-épineuse, et un peu dans la fosse sous-épineuse ; puis, à mesure qu'on se rapproche de la base de la poitrine, la voix s'éloigne, et dans les deux tiers inférieurs, elle ne retentit pas du tout. Dans la fosse sus-épineuse, la respiration est beaucoup moins superficielle que du côté gauche, et l'expiration, qui est à l'inspiration comme 4 est à 1, est soufflante. Le souffle va en diminuant jusqu'à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen. Dans le reste du côté droit, le murmure vésiculaire est extrêmement faible, et s'éloigne d'autant plus, qu'on se rapproche de la base du poumon.

Le poumon gauche est parfaitement sain à l'auscultation et à la percussion. La mensuration de la poitrine, faite très-exactement, avec une bandelette étroite de diachylon, au niveau des mamelons, donne, pour la circonférence du côté droit, 35 millimètres en plus que pour celle du côté gauche. Il n'y a plus de douleurs dans le côté droit, un peu de toux sèche, pas de sueurs nocturnes. Jamais il n'a eu d'hémoptysies ; habituellement d'une très-bonne santé, il ne se rappelle pas avoir eu des maladies qui l'aient obligé à garder le lit. Son père est mort à 80 ans, d'une maladie sur laquelle il ne peut donner aucuns renseignements ; sa mère est d'une bonne santé.

Le 24 août. Il y a toujours une matité absolue dans la fosse sous-claviculaire et dans toute l'étendue du côté droit. Mêmes symptômes fournis par l'auscultation, seulement la respiration s'entend un peu moins vers la base du poumon. Large vésicatoire de 20 centimètres de diamètre sur le côté droit de la poitrine.

Le 31. Par la percussion, on constate à la partie antérieure du côté droit de la poitrine, immédiatement au-dessous de la clavicule, dans une hauteur de 5 centimètres, une matité considérable ; puis, au-dessous, dans une hauteur de 6 centimètres, une sonorité tout à fait stomacale, limitée en bas par une matité absolue qui se continue jusqu'à la partie inférieure du poumon, en dedans par le bord droit du sternum, où l'on retrouve la sonorité normale de cette partie de la poitrine ; enfin, en dehors, elle s'étend jusqu'à 8 centimètres du bord droit du sternum, et dans ce point, on retrouve la matité absolue. Ces résultats fournis par la percussion sont les mêmes que le malade

soit assis dans son lit ou qu'il soit dans le décubitus dorsal. En arrière, il y a toujours de la matité absolue dans toute la hauteur du poumon. Dans toute la partie antérieure du côté droit, dans les parties sonores comme dans les points mats, l'inspiration est très-faible, et l'expiration est prolongée, soufflante ; en arrière, l'auscultation donne les mêmes résultats que précédemment. Le malade tousse peu ; pas de crachats, le visage est bon, apyrexie complète. Même état les jours suivants.

Le 5 septembre. A la percussion, on trouve que la sonorité hydro-aérique, décrite le 31 août, à la partie antérieure et supérieure du poumon droit, conserve toujours les mêmes caractères et la même étendue. Entre son bord supérieur et la clavicule, il n'y a plus qu'une obscurité du son, en comparant avec le point symétrique du côté opposé. A la partie inférieure de l'espace sonore, il y a matité absolue. A l'auscultation, on constate : Dans les deux tiers supérieurs qui comprennent l'espace sonore mentionné, un retentissement de la voix normal ; la respiration est plus faible qu'à gauche, et l'expiration est prolongée ; absence de râles et de gargouillement. Dans le tiers inférieur, l'expiration est soufflante, et on n'entend pas le retentissement de la voix. En arrière, le sommet du poumon donne à la percussion un son à peu près normal jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate ; à partir de ce point, il y a matité jusqu'en bas. La respiration s'entend bien, et le retentissement de la voix est normal au sommet du poumon et dans le point où commence la matité ; il y a du souffle à l'expiration, et on perçoit la voix de mirliton.

Le malade a de l'appétit ; la peau est fraîche, 70 pulsations ; fréquence de la respiration normale.

Le 8. La percussion et l'auscultation donnent les mêmes résultats. A la face antérieure de la poitrine, au niveau de la partie sonore, il n'y a pas plus de retentissement de la voix que du côté opposé ; la respiration est seulement plus faible, et l'expiration plus prolongée. Absence complète de râle.

Le 15. La mensuration de la poitrine nous donne pour le côté droit 3 centimètres de plus que pour le côté gauche. En arrière, dans le tiers supérieur du côté droit, le son à la percussion est normal, puis il s'obscurcit, et dans la moitié inférieure il est mat. A l'auscultation, la respiration est dans le tiers supérieur un peu plus faible, et l'expiration un peu plus prolongée que du côté opposé, puis elle va en s'affaiblissant lorsqu'on se rapproche de la base, où elle est très faible et soufflante. En avant, immédiatement au-dessous de la clavicule, le son est un peu plus

sourd que du côté opposé, mais il se rapproche beaucoup du type normal. Au dessous, à environ 5 centimètres de la clavicule, existe la sonorité anormale que nous avons décrite ; elle est moins éclatante et moins nettement limitée. C'est au centre seulement que le son présente toujours son caractère stomacal ; au-dessous, le son s'obscurcit et devient mat dans le tiers inférieur. Au-dessous de la clavicule, on entend la respiration, qui est un peu moins forte que du côté opposé, mais presque normale, mêlée à quelques craquements superficiels. Au-dessous, au niveau de la sonorité anormale, la respiration présente les mêmes caractères, moins les craquements ; enfin plus bas, la respiration devient plus faible et reprend son caractère soufflant.

Le malade ne tousse pas, ne crache pas, n'a pas maigri ; il ne ressent plus de douleurs de côté, son facies est bon. Il quitte l'hôpital.

Nous voyons dans cette observation une sonorité *hydro-aérique* se produire au-dessous du niveau du liquide, dans le cours d'une pleurésie avec épanchement commençant à diminuer, quoique remplissant encore toute la plèvre ; la matité qui existe en avant, entre le bord supérieur de cet espace sonore et la clavicule, et les signes fournis par la percussion et l'auscultation au sommet en arrière, sur un plan plus élevé, ne nous laissent aucun doute sur sa situation au dessous du liquide.

Avant d'aller plus loin, je dois dire que je ne qualifie pas cette sonorité de *tympanique*, parce que ce mot n'exprime pas bien le timbre du son obtenu ; le son produit était clair, creux, un peu métallique, semblable à celui qu'on obtient par la percussion de l'estomac contenant des liquides, et il différait très-sensiblement du son clair, tympanique, que l'on rencontre soit dans le pneumo-thorax, soit dans une pneumatose intestinale. Aussi ai-je cru devoir employer les expressions de son *stomacal*, ou bien encore de son *hydro-aérique*, comme exprimant plus exactement la qualité du son perçu.

Cherchons maintenant quelles sont les causes de cette sonorité.

Une vaste caverne de récente formation, à parois souples, contenant des gaz et des liquides (Barth, *Traité d'auscultation*, 2e édit., p. 641, et Piorry, *Traité de la percussion*, p. 93), aurait pu donner lieu à ce phénomène ; mais l'absence de toux, de crachats, de fièvre, de gargouillement, etc., est plus que suffisante pour faire rejeter cette idée.

Le voisinage d'un organe dilaté par des gaz, tel que l'estomac

ou l'intestin, ne peut être la cause de cette sonorité, car le point dans lequel elle existe, à droite, à la partie supérieure et en avant, est à une distance trop considérable de l'abdomen, dont d'ailleurs elle est séparée par une matité très-étendue, de 14 à 15 centimètres de hauteur, due à la présence du liquide et du foie. On ne saurait non plus l'attribuer à un pneumo-thorax, car nous n'avons aucun des signes d'une perforation pulmonaire. Si, du reste, on admettait pour un instant qu'il y a eu ici, comme Laennec le pensait dans certains cas, exhalation gazeuse par la plèvre, il suffirait de se rappeler que la sonorité décrite était au-dessous du niveau du liquide, et qu'une bulle de gaz se serait déplacée et aurait nécessairement gagné les parties supérieures lorsqu'on faisait asseoir le malade.

Nous devons chercher une autre cause à ce phénomène.

Ne pourrait-on pas admettre que, dans le décubitus dorsal, le liquide, d'une part, se serait porté par son propre poids à la partie postérieure de la cavité pleurale, et le poumon, d'autre part, surnageant à la surface de ce liquide, serait venu se mettre en contact avec la paroi thoracique antérieure, dans une certaine étendue qui serait celle de la sonorité décrite ; que là cette portion de poumon aurait contracté des adhérences qui l'auraient maintenue dans cette position et auraient empêché la couche de liquide située au-dessus de venir s'interposer entre elle et la paroi de la poitrine, lorsqu'on faisait asseoir le malade pour le percuter. Quoi qu'il en soit de cette explication, qui, je le sais, n'est pas à l'abri d'objections, il faut de toute nécessité reconnaître que, par une cause quelconque, une partie circonscrite du poumon est venue faire pour ainsi dire hernie à travers l'épanchement et se mettre en contact immédiat avec la paroi thoracique. Alors seulement, il me semble, il devient possible de se rendre compte de cette sonorité exagérée et de son timbre stomacal. Le poumon, enveloppé de toutes parts par une couche de liquide, excepté dans la partie où il a contracté des adhérences, est dans les mêmes conditions qu'une vessie distendue par de l'air, plongée dans l'eau, mais effleurant la surface du liquide dans un point circonscrit ; il est évident que dans ce point on aura un son clair. Maintenant on peut se demander pourquoi, si le poumon est en contact avec la paroi thoracique dans la partie sonore, on n'obtient pas par la percussion le son normal du poumon, mais bien un son clair, exagéré, hydro aérique? Car tous les jours, quand un épanchement qui remplit toute la plèvre commence à se résorber, le sommet du poumon, qui déborde le liquide, se trouve dans les mêmes conditions que cette

partie circonscrite que nous avons supposée adhérente, et cependant on n'y trouve pas à la percussion le son hydro-aérique. Cette partie de la question est certainement la plus embarrassante ; je vais tâcher d'en donner l'explication.

D'abord on reconnaît que la présence d'un liquide a une influence sur la qualité du son ; ensuite, lorsque le sommet du poumon ne déborde l'épanchement que dans une petite étendue de manière à se trouver dans des conditions semblables à celles que nous avons ici, il n'est accessible à la percussion que par la fosse sus-épineuse et la clavicule. Or, ces parties sont évidemment plus épaisses, moins sonores, que la face antérieure du thorax ; de sorte que la production du son hydro-aérique ne peut avoir lieu. N'est-ce pas d'ailleurs à cette même différence dans la nature et l'épaisseur de la paroi que le son hydro-aérique et le bruit de pot fêlé, dus à la présence de cavernes pulmonaires, ne se rencontrent qu'à la face antérieure de la poitrine, au-dessus de la clavicule, et jamais dans la fosse sus-épineuse, bien que fréquemment de vastes excavations soient en rapport avec cette fosse ?

Aussi je crois qu'en ayant égard à cette réunion de circonstances que nous avons ici, à savoir : 1° contact immédiat d'une petite portion de poumon sain avec la paroi antérieure du thorax, mince, souple et sonore ; 2° couche liquide enveloppant le poumon dans tout le reste de son étendue ; en ayant égard, dis-je, à cette réunion de circonstances, nous pouvons nous rendre compte du phénomène que nous avons signalé.

Lorsque ces dispositions toutes particulières viennent à être modifiées par la résorption du liquide, la sonorité anormale disparaît. C'est que ce n'est plus seulement une petite partie du poumon entourée de liquide qui est en contact avec la paroi de la poitrine, mais une portion considérable de ce viscère ; nous rentrons alors dans les conditions ordinaires, et le son normal du poumon vient remplacer graduellement le son hydro-aérique. Ainsi, à la sortie du malade, le niveau du liquide était descendu au-dessous de celui du bord inférieur de la sonorité anormale, et celle-ci avait presque entièrement disparu, si ce n'est encore un peu au centre.

Quant aux phénomènes stéthoscopiques, pour s'en rendre compte, il faut admettre que la couche de liquide située entre la sonorité et la clavicule était très-mince, et qu'au niveau même de la sonorité, il y avait un peu d'emphysème ; peut-être doivent-ils être attribués à la disposition elle-même du poumon. Quelque imprévus qu'ils soient, on ne saurait en contester

l'exactitude, le malade ayant été perculé et ausculté maintes fois par MM. Nélaton, Grisolle, Vernois, et par les personnes qui suivaient la visite.

Revenant maintenant à l'explication que je viens de donner de cette sonorité anormale, je dirai qu'elle me paraît tout à fait démontrée par le fait suivant, que j'ai observé à l'Hôtel-Dieu annexe, dans le service de M. Valleix. Je ne rapporterai ici que le résumé de l'observation, supprimant tous les détails qui n'ont pas trait à la question qui nous occupe actuellement.

Obs. II. — Pierre Joseph, chocolatier, âgé de 46 ans, entre à l'Hôtel-Dieu annexe, le 18 janvier 1847, pour un anévrysme de l'aorte et une pleurésie du côté droit. Quelques jours après, une pneumonie de la base du poumon gauche se déclare ; ces deux affections, traitées énergiquement, guérirent bientôt, et le 6 février le malade mangeait deux portions et se levait une partie de la journée. La percussion donnait un son normal des deux côtés de la poitrine ; mais on percevait à l'auscultation, dans toute l'étendue des deux poumons, des râles sonores très-bruyants, et depuis le 30 janvier le malade expectorait chaque jour au moins un litre ou un litre et demi de mucus transparent, semblable à une solution de sirop de gomme, légèrement visqueux et couvert de mousse à sa surface. Cette bronchorrhée résista à l'emploi des résineux et des vomitifs fréquemment répétés.

Le 9 mars, on remarqua au milieu des crachats muqueux de nombreux crachats d'un blanc jaunâtre, épais, circonscrits.

Le 10 mars, la percussion fait reconnaître une matité absolue dans tout le côté gauche de la poitrine, en arrière et en avant. A l'auscultation, on trouve en arrière un retentissement marqué de la voix au sommet, et une absence complète de la respiration dans toute l'étendue du poumon ; en avant, un souffle tubaire peu intense, sans mélange d'aucun râle. Sur quelque point du poumon gauche que l'on applique l'oreille, on entend les bruits du cœur, avec une intensité égale à celle que l'on perçoit à la région précordiale : 88 pulsations.

Dix ventouses scarifiées sur le côté gauche et potion stibiée que l'on continue les jours suivants. Pendant les deux jours qui suivirent, les signes fournis par la percussion et l'auscultation furent les mêmes.

Le 13, le poumon gauche en arrière donne une matité absolue à la percussion dans toute son étendue. L'expiration qui s'entend est soufflante ; silence de l'expiration, retentissement de la voix au sommet. En avant, au lieu de la matité absolue qui existait

les jours précédents, on trouve, dans l'étendue de deux travers de doigt au-dessous de la clavicule, une matité absolue, puis au-dessous, dans une étendue de 4 à 5 centimètres dans tous les sens, une sonorité exagérée, stomacale, tout à fait semblable à celle que l'on obtient en percutant un estomac contenant du liquide et des gaz. Au-dessous de ce point, et sur les parties latérales, on retrouve la matité absolue qui existe dans toute l'étendue du poumon. L'oreille, appliquée sur le point sonore, perçoit la pectoriloquie, et comme un bourdonnement ; mais absence complète de râles et de gargouillement. La respiration ne s'entend pas, ainsi qu'à la partie inférieure ; le poumon droit donne à la percussion un son parfaitement normal, et l'auscultation y fait reconnaître des râles sonores. Le malade n'est pas faible, il s'asseoit bien sur son séant ; pas de vertiges, crachats purulents très-abondants, peau sèche, 104 pulsations. (Potion stibiée)

Le 14. Même état de la poitrine à l'auscultation et à la percussion.

Le 15. La percussion donne en avant et en arrière du côté gauche de la poitrine les mêmes signes. Le son stomacal dont nous avons parlé est limité en haut par le bord supérieur de la seconde côte, en bas par le bord supérieur de la quatrième, en largeur elle s'étend depuis une ligne verticale passant par le mamelon jusqu'à une autre ligne verticale passant à un travers de doigt en dehors du bord externe du sternum. En dehors de ces limites, il y a matité absolue.

A l'ausculation on trouve en avant, au niveau du point sonore, de la pectoriloquie et une respiration caverneuse ; absence de gargouillement. Les signes stéthoscopiques en arrière sont les mêmes que les jours précédents ; 112 pulsations ; peau sèche, aride.

Le 16. Même état : les traits s'altèrent, et le 17, le malade meurt à deux heures de l'après-midi.

Autopsie vingt heures après la mort. — En ouvrant le thorax, on trouve dans la plèvre gauche un épanchement considérable séro sanguinolent. La partie antérieure et supérieure du poumon gauche, bien qu'elle n'y soit maintenue par aucune adhérence, est en rapport immédiat avec la paroi thoracique dans le point correspondant à la sonorité hydro-aérique observée pendant la vie. Toute cette portion du poumon est saine, souple, crépitante, dans une étendue de six travers de doigt en hauteur, à partir du sommet, et de cinq travers de doigt en largeur, en allant de son bord tranchant vers sa partie externe ; le reste du poumon est carnifié ; mis dans l'eau, ses fragments se précipitent.

A la section, on n'y remarque pas de granulations et il ne s'en écoule pas de sérosité ; en le comprimant, on voit sur la coupe sourdre par les orifices des branches de petites gouttelettes d'un pus jaunâtre bien lié. Le doigt pénètre très-difficilement le tissu. En arrière et un peu en dedans du sommet du poumon gauche, est une vaste poche anévrysmale pleine de caillots, dépendant de la crosse de l'aorte, et de la grosseur d'une orange. Elle refoule en avant le poumon, qui lui adhère et qui constitue sa paroi antérieure.

La face postérieure du poumon qui répond à cette tumeur est carnifieé dans une épaisseur de deux centimètres environ. — Les deux poumons sont exempts de tubercules, et le droit est sain. Le cœur n'offre aucune altération, et son volume est normal. A trois centimètres environ au-dessus du point où elle émerge du cœur, l'aorte, qui jusque-là avait son calibre normal, présente une augmentation de volume considérable. En arrière de cette portion de l'aorte, au moment où elle est à cheval sur la bronche gauche, elle offre une bosselure de la grosseur d'un œuf de poule, adhérente à la fois à la trachée, qu'elle dévie à droite, et surtout à la bronche gauche, qu'elle comprime. A gauche et en arrière, la crosse de l'aorte communique largement avec la cavité anévrysmale dont nous avons déjà parlé, et qui est formée en arrière par les corps des cinq premières vertèbres dorsales, les articulations coxo-vertébrales des deux premières côtes, les 3e et 4e côtes depuis leurs articulations costo-vertébrales jusqu'à leur angle, enfin les muscles longs du dos. Cette poche est limitée à gauche par la face postérieure et un peu interne du poumon gauche, qui lui adhère ; en avant et en dedans, elle communique largement avec l'aorte ; en bas elle est limitée par la 5e côte, en haut par la partie supérieure de la paroi thoracique ; enfin, à droite, passant sous la trachée et l'œsophage, elle s'étend jusqu'aux articulations costo-vertébrales des 2e, 3e et 4e côtes droites.

Cette observation n'est que le complément de la première, et elle vient nous montrer quelles sont les conditions nécessaires pour la production du son hydro-aérique, dont nous avons parlé.

Ainsi, chez ce malade, la tumeur anévrysmale donne lieu à un épanchement de sérosité qui remplit toute la cavité pleurale gauche. Alors nous trouvons une matité absolue en avant et en arrière, dans tout ce côté de la poitrine. Trois jours après, on constate, à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule, une sonorité exagérée, stomacale, de 4 à 5 centimètres d'étendue. Le reste de la poitrine reste mat, et ce phénomène persiste jus-

qu'à la mort, qui survient quatre jours après. L'autopsie nous montre la face antérieure du lobe supérieur du poumon, qui est saine, en contact immédiat avec la paroi thoracique dans le point correspondant à la sonorité observée sur le vivant, et en arrière et en dedans du même lobe, lui adhérant une poche anévrysmale distendue par des caillots volumineux. Il est donc probable que, pendant les derniers jours de la vie, par suite du travail morbide dont l'anévrysme était le siége, travail dont l'existence nous est révélée par la brusque apparition de cet épanchement qui remplit toute la plèvre, de nouveaux caillots se seront formés dans la poche anévrysmale et l'auront distendue.

Cette tumeur, augmentant de volume, aura refoulé le poumon en avant de manière à lui faire faire saillie à travers le liquide, puis à le mettre en contact immédiat, dans une petite étendue, avec la paroi antérieure du thorax, et enfin à le maintenir dans cette position sans qu'une lame de liquide pût venir s'interposer entre sa surface et la paroi de la poitrine.

Ici une partie du poumon est carnifiée ; cette altération ne fait que diminuer le volume de la portion saine, mais ne change en rien les conditions dans lesquelles elle se trouve ; car, remarquons-le bien, toute la partie antérieure et supérieure du poumon est parfaitement saine, et c'est le centre seulement de cette partie qui est en rapport avec le thorax, et qui donne à la percussion le son hydro-aérique que nous avons décrit.

Entre ce fait et le précédent, il y a la plus grande analogie. Les causes qui ont amené le contact du poumon avec la paroi antérieure de la poitrine ne sont pas les mêmes ; mais les conditions physiques sont tout à fait semblables, et les phénomènes produits par la percussion le sont également.

Chez ce malade, comme on peut s'en convaincre en consultant les détails de l'observation, on pouvait croire que le son exagéré provenait de la formation d'une caverne. En effet, le malade avait de la fièvre, expectorait, depuis six à sept jours, une quantité considérable de crachats purulents qui, il est vrai, n'avaient point une odeur de gangrène, puis il y avait, au niveau de l'espace sonore, de la pectoriloquie, et enfin, pendant les derniers jours, de la respiration caverneuse. Tous ces signes fournis par l'auscultation, et qui sont évidemment en désaccord avec l'état de la portion du poumon au niveau de laquelle on les percevait, peuvent s'expliquer cependant par les lésions qui ont été trouvées à l'autopsie.

Ainsi, l'air passant par la bronche gauche, qui était com-

primée, pouvait produire un bruit qui, retentissant dans la partie saine du poumon, simulait la respiration caverneuse. Quant à la pectoriloquie, on la rencontre dans certaines pleurésies (Barth, *loc. cit.*, p. 206). Peut-être aussi faut-il l'attribuer à la disposition exceptionnelle que nous avons ici, et à laquelle nous devons la production du son hydro-aérique. Cependant elle ne s'est pas rencontrée dans la première observation. Quoiqu'à l'auscultation on trouvât plusieurs des signes propres aux cavernes, remarquons que jamais on n'a pu percevoir de gargouillement, ce signe un des plus positifs de l'existence d'une excavation pulmonaire.

J'ai cherché à obtenir sur le cadavre, le son hydro-aérique dans des conditions analogues à celles observées chez nos deux malades. Pour cela, j'enlevais le sternnm, j'extrayais les poumons de la poitrine, en respectant le diaphragme et conservant les viscères abdominaux ; puis je remplissais d'eau la cavité thoracique, le sujet étant dans le décubitus dorsal. Plongeant alors sous l'eau un lobe de poumon sain et très-légèrement insufflé, on le mettait en contact, dans une étendue de 5 à 6 centimètres, avec la paroi thoracique à la partie inférieure du creux de l'aisselle, qui est mince, dépourvue de muscles. En percutant dans ce point, on obtenait un son plus clair, moins sourd, que celui du poumon. Si, au contraire, on mettait en contact avec la paroi thoracique une portion considérable de poumon, tout un lobe par exemple, le son que l'on obtenait était moins clair, et se rapprochait davantage du son normal du poumon. J'ai répété cette expérience à plusieurs reprises sur des sujets différents, et j'ai obtenu le même résultat. Cette expérience, à laquelle on ne saurait attacher plus d'importance qu'elle n'en mérite, nous présente cependant un fait digne de remarque, c'est une différence de sonorité variant avec l'étendue de la partie du poumon en contact avec la paroi thoracique. Nous n'avons pas pu reproduire exactement le même son que sur le vivant; mais les conditions ne sont pas absolument les mêmes : ici la paroi thoracique est largement ouverte, ce qui doit avoir une grande influence sur la qualité de son.

On sera sans doute surpris qu'un phénomène aussi tranché ait pour ainsi dire passé inaperçu. J'ai consulté, à ce sujet, la plupart des auteurs qui ont écrit sur la pleurésie, et je ne l'ai vu décrit nulle part. Je trouve seulement (Barth, *loc. cit.*, p. 639) que Skoda a signalé un simple excès de sonorité dans certains cas d'épanchement pleurétique, au-dessus du niveau du liquide ; malheureusement on ne donne pas d'autres détails.

Stokes (*Diseases of the chest*; 1837, p. 493) dit en parlant de la pleurésie : « La matité est généralement complète, et lorsque l'épanchement est partiel, se termine par une ligne bien définie. A cette limite, et principalement dans le cas d'*absorption*, j'ai souvent observé le *bruit de pot fêlé;* mais je ne sais pas si c'est le même que le son humorique observé par M. Piorry, dans l'hydro-pneumo-thorax. » Il est possible, d'après ce passage, que Stokes ait observé un phénomène semblable à celui que j'ai décrit; mais il ne paraît pas s'en être rendu compte, et il est regrettable qu'il ne précise pas mieux dans quelles circonstances et dans quels points du thorax il a rencontré ce bruit anormal.

Le silence des auteurs sur ce sujet tient, je crois, à la manière dont on percute le plus souvent les malades affectés d'épanchement pleural. En effet, quand on a reconnu un épanchement, on se contente presque toujours de faire asseoir le malade et de le percuter en arrière pour suivre les progrès de la maladie. Or, d'après ce que nous avons dit, dans la position assise, lorsque le sommet du poumon débordera le liquide dans une petite étendue, il sera en contact avec la fosse sus-épineuse, et partant, il n'y aura pas de son hydro-aérique. Pour le trouver, il faudrait percuter le malade dans le décubitus dorsal, à la partie antérieure du thorax. Alors, lorsque le poumon serait libre d'adhérences, il viendrait se mettre en contact avec cette paroi, et se trouverait dans les conditions nécessaires à la production de ce bruit.

J'ignore quelle peut être la fréquence de ce phénomène; mais on conçoit que bien des circonstances puissent s'opposer à sa production, telles par exemple que l'existence d'adhérences anciennes qui empêcheraient le poumon de surnager à la surface du liquide. L'épaisseur trop grande de la paroi thoracique, chez les sujets très-gras et très-musclés, serait bien probablement, d'après ce que nous avons dit, une condition très-défavorable. Bornons-nous maintenant, en attendant les résultats de l'observation ultérieure, à constater que de nos deux malades, l'un avait des muscles peu développés, et que l'autre était très-amaigri et dans le marasme.

Je dirai peu de chose du diagnostic de cette exagération du son. Avec deux faits seulement, on ne peut rien conclure d'une manière générale, et à propos de chacun d'eux en particulier, cette question a été je crois suffisamment traitée.

Quant aux phénomènes stéthoscopiques que l'on perçoit au niveau de cet espace sonore, nous ne pouvons rien conclure à cause de la perturbation apportée dans ces phénomènes par la

présence de l'anévrysme (obs. II). Toutefois un fait digne de remarque, et que nous ne pouvons laisser passer sous silence, c'est que dans ce dernier cas, il y avait absence du murmure vésiculaire, et dans la Ire observation, nous avions une faiblesse marquée de la respiration. Y a-t-il entre ces deux faits un point de commun : c'est ce que l'étude comparative d'un nombre de faits suffisants pourra seule apprendre.

On a dit que le pneumo-thorax avait été observé dans le cours de certaines pleurésies chroniques simples sans tubercules. Sans contester ici la valeur des observations qui ont servi à appuyer cette opinion, ne peut-on pas se demander si, dans quelques cas, on n'a pas pris pour de l'air épanché ce qui n'était dû qu'au contact du poumon avec la paroi thoracique.

Nous pouvons résumer ainsi les points principaux de ce travail :

Dans certains épanchements pleurétiques considérables, il peut arriver que l'on perçoive, par la percussion, une sonorité hydro-aérique dans un espace limité, circonscrit.

Les conditions nécessaires à la production de cette sonorité sont : contact immédiat d'une petite partie du poumon avec la paroi thoracique ; — minceur et souplesse de cette paroi ; — couche de liquide enveloppant toute la surface du poumon, excepté au point de contact.

La manière dont on percute habituellement les malades affectés d'épanchement pleurétique s'oppose à la production de ce phénomène.

Il est important à connaître, car il pourrait donner lieu à des erreurs de diagnostic, et faire croire, dans certains cas, à l'existence de cavernes pulmonaires ou d'un pneumo-thorax essentiel.

---

3. *Étude de la diphthérite, d'après une épidémie de cette maladie observée à l'hôpital Necker en* 1848 ; par G.-S. Empis, interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique, etc.

(Suite : *voir* t. IV, avril 1850, p. 27.)

(Archives générales de Médecine, mars 1850.)

Diagnostic de la diphthérite — Le diagnostic de la diphthérite est généralement facile à poser, et la confusion qui peut régner à ce sujet dans l'esprit de quelques médecins provient de cette grande latitude qu'ils se laissent de comprendre, comme appartenant à la maladie que nous décrivons, la plupart des exsudations pseudomembraneuses qui se développent dans différentes maladies.

Si l'on se rappelle les caractères que nous avons assignés au véritable produit diphthéritique, l'apparition sur une muqueuse ou une surface excoriée d'une pellicule blanc jaunâtre, assez dense, augmentant rapidement d'épaisseur, prompte à se renouveler quand on l'a détachée du tissu qui l'exsude, fortement adhérente à ce tissu, et ayant une grande propension à s'étendre en surface par l'envahissement progressif des limites premières de l'exsudation, si l'on tient compte du changement notable apporté dans l'état général du sujet par l'apparition de cette maladie dont une des propriétés funestes est de déterminer la répétition de la même exsudation sur toutes les parties excoriées ou en suppuration, si enfin l'on a égard à l'absence des signes qui caractérisent d'autres affections, et qui, relativement à la diphthérite, sont des signes négatifs, il deviendra certainement facile de distinguer cette maladie de toute autre qui s'en rapprocherait par la présence d'une production pseudomembraneuse.

Cependant, comme plusieurs de ces exsudations sont encore aujourd'hui confondues avec la diphthérite, il convient d'en faire ressortir les caractères distinctifs les plus saillants.

Voyons, en premier lieu, si le muguet, sur la nature duquel ont régné et règnent encore tant d'opinions diverses, peut être regardé comme une forme de la diphthérite.

1° Le muguet se présente sous l'aspect d'une foule de petits points blancs, d'abord nettement séparés les uns des autres, et qui, à mesure qu'ils deviennent plus nombreux, se touchent et s'accumulent de façon à former une couche continue, blanchâtre, qui revêt toute la muqueuse enflammée, et constitue ainsi une pseudomembrane ; c'est le cas du muguet confluent. Si l'on cherche à détacher cette fausse membrane avec une pince, on constate qu'il est difficile d'en obtenir des lambeaux, parce que chacun des points dont l'accumulation sur la muqueuse a donné l'aspect d'une fausse membrane adhère trop peu les uns aux autres, pour qu'à quelque période qu'on en fasse l'essai, on puisse obtenir ces lambeaux ; mais si, avec une compresse fine, on essuie légèrement la partie revêtue du muguet, on enlève très-facilement toute la couche blanchâtre, et l'on met à découvert la muqueuse rouge, enflammée, mais nullement à vif. Cette opération, que nous avons exécutée maintes et maintes fois, n'a jamais déterminé l'écoulement de la plus petite goutte de sang, parce que l'adhérence du muguet à la muqueuse est très-peu considérable, et n'est jamais intime au derme, comme dans la diphthérite. Dans cette dernière, ainsi que nous l'avons exposé,

il y a très-grande force de cohésion ; il se forme de véritables membranes qui se superposent les unes aux autres, lorsque leur épaisseur a acquis un certain degré. Leur couleur est jaunâtre, et l'adhérence aux tissus est telle, qu'il est rare que l'on puisse les détacher sans faire tant soit peu saigner la partie vive qu'elles recouvrent.

2° Le muguet affecte spécialement la muqueuse buccale, et ne s'étend jamais au larynx ni à la trachée ; il n'y a pas encore d'exemple de muguet se propageant au conduit respiratoire, et produisant le croup ; il s'étend souvent au pharynx et au tube digestif. La production diphthérique, au contraire, a la plus grande tendance à se propager sur la muqueuse du tube aérien, où sa présence constitue le croup, et ne gagne peut-être jamais le tube digestif au dessous du pharynx.

3° L'apparition du muguet est toujours précédée d'une inflammation générale de la muqueuse de la bouche, caractérisée par une rougeur générale et une sensibilité très vive qui, chez les jeunes enfants encore à la mamelle, met obstacle à la succion du sein. L'apparition de la diphthérite n'est précédée que d'une irritation très-circonscrite des points de la muqueuse qui seront complétement recouverts par la pellicule.

4° Le muguet n'est jamais précédé de cette exsudation séreuse, avant-coureur de la pseudomembrane de la diphthérite ; il apparaît sur la muqueuse encore revêtue de son épiderme ou du moins non excoriée. Jamais la diphthérite ne se développe *au-dessus* de l'épiderme, et elle adhère toujours à des parties à vif. Nous avons indiqué la seule circonstance où nous en ayons constaté des débris sur une muqueuse encore intacte (voir le premier article).

Le microscope, qui, comme moyen d'exploration, a déjà rendu d'importants services à la science, peut servir aussi à fixer plusieurs points dans l'étude des exsudations pseudomembraneuses. Nous terminerons notre chapitre du diagnostic par l'exposé succinct de nos recherches sur ce sujet, et nous en indiquerons sommairement le résultat. Mais avant d'entrer dans cet examen microscopique des diverses pseudomembranes, et d'apprécier jusqu'où ce moyen d'exploration peut être utile pour la solution de la question qui nous occupe, il convient de jeter encore un coup d'œil rapide sur la partie séméiologique de ces diverses exsudations, et d'apprécier les circonstances qui doivent les faire rejeter du cadre nosologique de la diphthérite.

L'angine scarlatineuse, qui s'accompagne si fréquemment d'une exsudation pseudomembraneuse, est une de ces maladies auxquelles

beaucoup de praticiens accordent le plus volontiers l'épithète de diphthéritique. Ces deux affections diffèrent pourtant totalement l'une de l'autre ; l'exsudation n'est pas la même au point de vue anatomique, et l'ensemble des phénomènes qui accompagnent chacune d'elles en fait deux maladies bien distinctes. Le mode de développement et de formation de la couenne scarlatineuse ne ressemble pas à celui de la diphthérite ; il aurait plutôt de l'analogie avec celui du muguet. Cette pseudomembrane apparaît simultanément sur les deux amygdales ; la muqueuse qui tapisse ces glandes, uniformément rouge et enflammée, se rapproche assez de celui du muguet ; bientôt tous ces petits points, devenus très-confluents, se rapprochent, se superposent, et donnent lieu à une couche continue, blanchâtre, qui tapisse les deux tonsilles, les piliers du voile du palais, et ne s'étend que très-exceptionnellement sur d'autres parties de la muqueuse de la bouche. Cette pseudomembrane, dont la blancheur est plus prononcée que dans la couenne diphthéritique, laquelle revêt une teinte plus jaunâtre, diffère également de cette dernière par moins de cohésion, et par une adhérence beaucoup moins intime aux tissus qui l'exsudent.

Effectivement il est à peu près impossible d'obtenir des lambeaux de cette pseudomembrane en en saisissant quelque point entre les mors d'une pince, car chacune des particules blanchâtres qui la constituent ont entre elles si peu de cohésion, qu'elles se séparent avec une très-grande facilité les unes des autres. D'un autre côté, l'adhérence de cette matière à la muqueuse est loin d'être aussi considérable que dans la diphthérite. Il est assez aisé, en raclant la face interne de l'amygdale avec l'extrémité d'une spatule, d'obtenir de cette matière une quantité suffisante pour en bien apprécier la disposition et en étudier les caractères microscopiques, dont nous donnerons plus loin l'exposé. La pseudomembrane de la scarlatine ne forme donc pas une couenne continue et cohérente semblable à celle de la diphthérite, et ne présente pas non plus cette adhérence intime au derme qui est un des caractères de la diphthérite. Ajoutons à ces données anatomiques que la pseudomembrane de la scarlatine ne possède pas cette propriété envahissante de la diphthérite ; qu'elle reste localisée au point de son développement, qu'elle ne jouit pas de la triste propriété que possède la diphthérite de se généraliser en se répétant sur toutes les surfaces excoriées ou en suppuration, et qu'enfin on ne la voit pas se propager aux canaux aérifères, où la diphthérite devient promptement si terrible. Les auteurs du *Compendium de médecine* toutefois affir-

ment qu'ils possèdent l'observation d'un enfant qui, à la suite de la scarlatine, fut atteint du croup ; mais nous pouvons leur en présenter plusieurs qui témoignent qu'à la suite de la variole, de la coqueluche et d'autres maladies encore, le croup peut également se développer. Le fait que ces auteurs consciencieux attestent est donc fort intéressant ; mais il nous paraît ne pouvoir prouver qu'un point, savoir, qu'à la suite de la scarlatine, les enfants se trouvent dans un état général qui n'est pas incompatible avec celui sous l'influence duquel se développe l'exsudation diphthéritique ; car ce fait ne démontre pas plus l'identité de nature de la couenne scarlatineuse et de la diphthérite, que nous ne pourrions prouver que cette dernière maladie est de la même nature que la variole ou la coqueluche, de ce qu'elle a été consécutive à ces deux affections.

Les caractères distinctifs de l'angine couenneuse scarlatineuse et de l'angine diphthéritique ont été d'ailleurs exposés avec tant de lucidité et de talent par M. Trousseau, dans un mémoire qu'il a écrit sur une épidémie d'angine couenneuse scarlatineuse (1), que nous croyons superflu d'insister davantage sur cette partie du diagnostic.

La couenne qui recouvre parfois toute la surface d'un vésicatoire peut-elle être confondue avec la diphthérite ? Il est indispensable d'entrer ici dans une petite explication ; car cette question, faute d'être suffisamment posée, peut donner matière à discussion. En effet, les vésicatoires peuvent se recouvrir d'une couenne fibrineuse qui n'a aucun rapport avec la diphthérite ; mais ils peuvent aussi devenir le siége de la véritable diphthérite. Il y a donc deux espèces de pseudomembranes qui peuvent être observées à la surface des vésicatoires : l'une, diphthéritique, présente tous les caractères que nous avons assignés à la diphthérite cutanée, et se fait particulièrement remarquer par l'extrême adhérence qu'elle affecte avec le derme de la peau ; l'autre diffère totalement de celle-ci, elle forme une couenne blanc grisâtre à la surface du vésicatoire, couenne continue, assez cohérente pour être enlevée par larges lambeaux, et même quelquefois facile à détacher tout d'une pièce ; son épaisseur varie de 1 à 3 millimètres. L'adhérence qu'elle affecte avec le derme dénudé est peu considérable, lorsqu'on l'observe à une époque peu éloignée de sa formation ; on constate alors, en détachant cette couenne fibrineuse du derme, que celui-ci est plus ou moins enflammé à sa surface, et que les saillies du corps papillaire sont dans un léger état d'éréthisme ; mais qu'il n'y a

(1) *Archives générales de médecine*, 1829, p. 541.

d'ailleurs aucune trace d'ulcération. Un peu plus tard, si l'on a affaire à un simple vésicatoire volant, et si les pansements ont été faits simplement au cérat, on constate que cette couche fibrineuse devient plus compacte et plus adhérente au derme, qu'elle s'identifie pour ainsi dire avec lui, et que loin de mettre obstacle à la reproduction de l'épiderme, elle semble concourir à sa formation ; d'autres fois la sécrétion épidermique se fait au-dessous d'elle, et lorsqu'au bout de quelques jours, le vésicatoire est complétement sec, elle se détache de sa surface sous forme d'écailles ou de fragments irréguliers, souvent incorporés avec un peu de cérat. Ce ne sont certes pas là les caractères de la diphthérite ! Voit-on jamais celle-ci s'organiser, concourir à la cicatrisation ou la favoriser ?

M. Robert dans son Mémoire sur la diphthérite des plaies (1), a déjà appelé l'attention sur cette dernière différence qui éloigne la couenne diphthéritique de celle du vésicatoire, qu'il regarde, à juste raison, comme une exsudation plastique pure et simple, analogue à celles qui peuvent se former dans la vessie sous l'influence des cantharides, ainsi que M. Morel-Lavallée en a cité quelques exemples.

Il nous paraîtrait aussi contraire à la vérité de considérer l'exsudation fibrineuse dont nous parlons comme une forme de la diphthérite, qu'il serait étonnant d'envisager, comme appartenant à cette maladie, la couenne fibrineuse qui tapisse la plèvre dans certains cas d'épanchement pleurétique. Personne, que nous sachions, n'a encore eu l'idée de rapporter à une diphthérite séreuse la coagulation fibrineuse dont il est question, et qui a la plus grande analogie avec la couenne inflammatoire du sang.

Dans beaucoup d'angines tonsillaires dépourvues de toute malignité, on observe fréquemment, vers le deuxième ou troisième jour de la maladie, à la face interne de l'une ou des deux amygdales, l'apparition de petits grains blanchâtres, sébacés, et exhalant une odeur très-fétide quand on vient à les écraser entre les doigts. Ce petit produit pathologique, qui n'occupe jamais qu'une partie très-limitée des tonsilles, diffère en vérité, sous trop de rapports, de la diphthérite, pour que nous devions nous y arrêter davantage.

Nous venons d'indiquer les exsudations que l'on confond quelquefois avec la diphthérite ; il nous reste actuellement à apprécier ce que l'examen microscopique peut apporter de lumière dans l'étude de ces exsudations.

Étude microscopique. — Parmi les fausses membranes qui,

(1) *Bulletin thérapeutique*, 1847.

sous l'influence de causes diverses, apparaissent soit sur les membranes muqueuses, soit sur le tégument externe préalablement dépourvu de son épiderme, ou déjà occupé par une plaie en suppuration, soit enfin sur les membranes séreuses enflammées, il en est une espèce qui doit tout d'abord être nettement distinguée des autres, dont elle diffère totalement par ses caractères microscopiques. Cette espèce comprend les exsudations blanchâtres observées le plus souvent sur la muqueuse de la bouche, du pharynx et du tube digestif, généralement désignées sous le nom de muguet. Étudié au microscope, le muguet présente des caractères particuliers qui ne se rencontrent dans *aucune autre espèce d'exsudation pseudo-membraneuse*. C'est une production organisée, dont la place dans le règne végétal ne saurait être aujourd'hui contestée, d'après les travaux de MM. Berg, Gruby, et plus récemment, par la description détaillée et minutieuse qu'en a donnée M. Ch. Robin dans son travail sur les végétaux qui croissent sur les animaux vivants (1847).

M. Gruby regarde le végétal du muguet comme l'analogue des *sporotrychium*. Quoi qu'il en soit, cette production est parfaitement caractérisée par les spores et les filaments tubuleux, si bien décrits par M. Robin, et que l'on ne retrouve dans aucune espèce d'exsudation.

Discuter si le végétal du muguet peut se développer spontanément serait ici entrer forcément dans cette grande question qui a déjà tant de fois ému les physiologistes, savoir s'il peut ou non y avoir dans la nature génération spontanée. En effet, le muguet ne paraît pas devoir être envisagé comme une maladie spéciale, ni même comme un symptôme d'une seule et unique maladie. Il peut se présenter chez des individus de tous les âges, de toutes les constitutions, et affectés des maladies les plus diverses.

On peut semer le muguet sur la langue d'un individu sain (Berg) et l'y voir pulluler avec rapidité. Nous avons l'observation d'un enfant qui, affecté de muguet, et allaité par sa mère, le communiqua au mamelon et à l'aréole du sein de celle-ci. M. Ch. Robin nous a fait part d'une expérience intéressante ; il enleva du muguet de la surface d'une muqueuse, et le conserva dans un flacon avec une petite quantité d'eau. Or, il a pu apprécier qu'ainsi séparé de la muqueuse, le muguet continuait à se développer suivant les lois de son organisation, que les spores continuaient leur évolution, et par un mécanisme particulier d'organisation, déterminaient la formation des filaments tubuleux. L'ouvrage de M. Robin contient d'ailleurs tous les détails

désirables relativement à ce cryptogame, et nous croirions au moins superflu, dans l'état actuel de la science, d'insister sur ces caractères.

Vogel, qui a indiqué le végétal du muguet, dit qu'on le trouve chez les enfants et chez les adultes, sur les fausses membranes qui tapissent la *bouche dans la diththérite*. Evidemment cet auteur a confondu sous la dénomination de diphthérite toutes ces exsudations pseudomembraneuses, sans s'occuper de leurs caractères et de leur nature; car ce végétal ne se rencontre que dans les exsudations de muguet et nullement dans les exsudations franchement diphthéritiques ou fibrineuses.

Quant aux autres espèces de pseudomembranes, indépendamment des caractères appréciables au médecin et qui se rapportent, tant à leur aspect et à leur siége, qu'aux conditions de leur développement et de leur physiologie, elles présentent d'autres particularités qui ne sont appréciables que par l'examen au microscope.

Les principales exsudations dont nous avons à nous occuper ici sont : 1° la couenne inflammatoire du sang, 2° la couenne pleurétique ou séreuse, 3° la couenne du vésicatoire, 4° la couenne de la diphthérite, 5° la couenne de l'angine scarlatineuse.

Si nous disons quelques mots de la couenne inflammatoire du sang, qui pourrait paraître ne pas devoir entrer dans notre sujet, c'est que nous la regardons comme le type de la coagulation fibrineuse, et que nous avons reconnu entre elle et les autres exsudations que nous venons d'indiquer des caractères génériques très-manifestes. En effet, l'étude microscopique de ces diverses exsudations conduit à démontrer qu'elles présentent toutes des caractères particuliers ; et en outre, que chaque espèce se revêt encore de quelques particularités anatomiques, suivant le lieu de son développement. Mais, disons-le tout de suite, ces dernières particularités sont complétement relatives aux cellules épithéliales que chaque exsudation entraîne avec elle, et dont les caractères varient suivant les différentes régions des téguments sur lesquels on les étudie.

Avant d'aborder les caractères distinctifs et particuliers à chaque espèce de pseudomembranes, indiquons sommairement les caractères génériques. 1° Un premier caractère, qui appartient à toutes les exsudations pseudo-membraneuses que nous avons citées, et à l'exclusion, bien entendu, du muguet, que nous avons nettement séparé des exsudations dont nous nous occupons actuellement, c'est de présenter sur le champ du mi-

croscope une quantité de petits filaments de fibrine qui sont entrelacés les uns avec les autres dans diverses directions, et qui s'entre-croisent à angles aigus, de manière à former un espèce de réseau plus ou moins régulier.

2° Un second caractère qui se rencontre également dans chacune de ces exsudations, c'est de présenter un grand nombre de petits corpuscules irrégulièrement arrondis, qui forment un pointillé granuleux autour du réseau filamenteux que nous avons indiqué, et occupent également les espaces interceptés par l'entrelacement de ces filaments fibrineux. Ces petits corpuscules se retrouvent dans toutes les pseudomembranes, mais en nombre très-variable : ce sont eux auxquels M. Lebert a donné le nom de granules moléculaires, et qui résistent assez longtemps à l'action de l'acide acétique.

3° Un troisième caractère, qui appartient à toutes ces exsudations fibrineuses, c'est, étant traitées par une goutte de teinture d'iode, de revêtir presque immédiatement une couleur brune très-foncée.

Caractères spéciaux. — A. *Couenne du sang.* On retrouve dans la couenne du sang les caractères communs que nous venons d'indiquer. Les filaments de fibrine y sont très-manifestes, et sous l'influence de la teinture d'iode deviennent d'un brun très-foncé. Mais leur entre-croisement est beaucoup moins serré que dans la couenne diphthéritique ; de sorte que l'espèce de réseau qu'ils constituent se trouve beaucoup plus lâche. C'est du moins ce que nous avons pu constater plusieurs fois, en comparant alternativement sur le champ du microscope de la couenne diphthéritique et de la couenne du sang. On y rencontre également les granules moléculaires, mais en quantité généralement beaucoup moins considérable que dans les autres pseudomembranes. D'autres caractères qui, ajoutés à ceux-là, permettent toujours de reconnaître la couenne du sang sont relatifs : 1° à la présence de globules rouges et de globules blancs du sang ; la pesanteur spécifique de ces derniers étant inférieure à celle des globules rouges, on les trouve en grand nombre à la face adhérente de la couenne d'une saignée. 2° Enfin deux caractères négatifs doivent encore être signalés, savoir : l'absence de cellules épithéliales et celle de globules de pus.

B. *Couenne pleurétique.* C'est incontestablement une des fausses membranes qui ont le plus d'analogie avec la couenne inflammatoire du sang ; les caractères communs y sont tellement identiques, qu'il serait superflu d'y insister davantage. On y rencontre, en effet, le réseau fibrineux complétement semblable

à celui de la couenne du sang, et les granules moléculaires y sont en grande quantité Cependant il sera toujours facile de reconnaître au microscope si on a affaire à de la couenne du sang ou à de la couenne pleurétique; car, dans ce dernier cas, on rencontre une grande quantité de globules de pus qui n'existent pas dans la fibrine d'une saignée; et, d'un autre côté, on n'y rencontre pas de globules sanguins, qui sont si abondants dans cette dernière. La couenne pleurétique est en outre caractérisée par l'absence de cellules épithéliales que nous rencontrerons tout-à-l'heure dans les autres espèces de fausses membranes.

C. *Couenne du vésicatoire.* Étudiée au microscope la couenne du vésicatoire peut être distinguée des deux précédentes, bien que les caractères communs y soient presque identiques. On y trouve le réseau fibrineux très-développé et peut-être plus condensé que dans la couenne du sang. Par l'addition d'une goutte de teinture d'iode, les filaments fibrineux prennent également une couleur brune très-foncée. Les granules moléculaires sont très-nombreuses, et de même que dans la couenne pleurétique on retrouve beaucoup de globules de pus.

Elle pourra néanmoins être distinguée de cette dernière par la présence de cellules épithéliales qui s'y rencontrent constamment, et qui font défaut dans celle-là ; tandis que l'absence presque toujours complète des globules du sang ne permettra pas de la confondre avec la couenne inflammatoire du sang.

D. *Couenne de la diphthérite.* C'est ici que l'examen microscopique cesse d'apporter beaucoup de lumière. Les exsudations diphthéritiques, quel que soit d'ailleurs le lieu de leur développement, présentent avec la couenne du vésicatoire la plus grande analogie au point de vue microscopique. On y rencontre, comme caractères communs, les filaments fibrineux, qui y sont très-abondants et très-étroitement entrelacés ensemble. Les granules moléculaires ne présentent aucune différence et y sont en quantité considérable. On rencontre aussi quelques globules de pus, peut-être en moins grande quantité que dans la couenne du vésicatoire, mais cependant on en trouve ; la différence n'est plus que dans le plus ou dans le moins, ce qui devient toujours un faible caractère microscopique.

Les cellules épithéliales y sont toujours très-nombreuses et suivant la région d'où elles proviennent, elles offrent quelques caractères particuliers ; mais la diphthérite pouvant se développer sur un grand nombre de points du corps où l'on observe aussi d'autres exsudations d'une autre nature, ce ne peut être un caractère microscopique suffisant de diagnostic. Il arrive d'ailleurs,

ainsi que nous l'avons dit plus haut, que les vésicatoires deviennent fréquemment le siége de la diphthérite ; or, c'est particulièrement dans ces circonstances que l'on est à même de juger combien le microscope devient impuissant à décider si on a affaire à une simple couenne fibreuse, comme on en observe si souvent à la surface des vésicatoires, ou bien si l'exsudation que l'on a sous les yeux est de nature diphthéritique. Le microscope, dans ce cas, n'est pas plus utile pour élucider la question qu'il ne le serait pour faire reconnaître une pustule syphilitique d'inoculation d'une pustule variolique ou d'une pustule vaccinale.

E. *Couenne de l'angine scarlatineuse.* C'est en vain que nous avons cherché, au moyen du microscope, à découvrir quelque caractère qui pût permettre de distinguer la couenne scarlatineuse de la couenne diphthéritique : dans l'une et dans l'autre, on rencontre le réseau filamenteux se colorant si fortement en brun par la teinture d'iode, et dans toutes deux les granules moléculaires et quelques globules de pus, enfin les cellules épithéliales.

Nous pouvons donc conclure de ce qui précède qu'il est facile de reconnaître au moyen du microscope : les pseudomembranes du muguet, qui n'ont rien de commun avec les autres fausses membranes ; 2° la couenne inflammatoire du sang ; 3° la couenne pleurétique, et qu'il est possible par le seul secours du microscope de décider si l'on a affaire soit à une simple couenne de vésicatoire, soit à une exsudation diphthéritique, soit enfin à une couenne scarlatineuse.

Or, si de ce que l'examen microscopique démontre que les fausses membranes de la diphthérite sont constituées par des éléments anatomiques semblables à ceux qui entrent dans la formation de fausses membranes propres à d'autres maladies, quelques personnes voulaient conclure que ces diverses exsudations appartiennent à une seule maladie, nous pourrions leur objecter que le même examen microscopique les conduirait à conclure que la pustule primitive de la syphilis, la pustule de la variole, la pustule vaccinale, etc., ne sont aussi que des lésions propres à une même maladie, puisque le microscope n'y découvre également que des éléments identiques.

L'application de la micrographie aux études médicales deviendrait, à notre avis, le plus funeste moyen d'investigations, s'il devait conduire à de tels résultats. Mais bien au contraire, c'est précisément en établissant et en mettant en évidence la parité des éléments anatomiques de beaucoup de lésions propres à diverses affections, que le microscope fait encore mieux ressortir

toute l'influence et la force de ce *quid divinum* qui préside au développement et à l'évolution des maladies, en leur imprimant un cachet tout spécial, qui les rend nettement distinctes les unes des autres, et en fait autant d'unités pathologiques distinctes de toute autre analogue.

D'ailleurs la micrographie est encore au berceau; n'engageons pas l'avenir, espérons même que le microscope ou tout autre moyen d'investigation nous fera pénétrer un jour dans les différences spécifiques des produits morbides. Alors tous les éléments sensibles des maladies seront connus, et ce que l'esprit admet sur la foi seule de la marche des phénomènes pourra s'appuyer sur les données les plus positives et les plus fixes.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

4. *Mémoire sur la pleurésie secondaire, consécutive aux inflammations du sein ou de l'aisselle;* par le docteur **Paul Broca**, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, etc.

(Suite : *voir* t. IV, avril 1850, p. 50.)

(Archives générales de Médecine, avril 1850.)

Cancer du sein volumineux ; opération, érysipèle, pleurésie ; mort.

Obs. II. — Joséphine Pommier, 45 ans, domestique, non mariée, est entrée à la Charité, le 28 avril 1846, salle Sainte-Rose, n° 9 (service de M. Gerdy). Cette fille présentait une volumineuse tumeur, datant déjà de 2 ans, et occupant la presque totalité du sein droit; cette tumeur, plus grosse que le poing, bosselée, molle par places, était adhérente à la peau dans une étendue de 5 à 6 centimètres; elle adhérait en outre au grand pectoral, et envoyait un prolongement en haut et en dehors, sous le tendon de ce muscle. Il n'y avait pas de ganglions dans l'aisselle. L'état général était excellent ; la malade, d'un embonpoint raisonnable, n'avait subi aucun amaigrissement depuis l'apparition de la tumeur ; elle était pleine de courage, et semblait dans les meilleures conditions.

L'opération fut pratiquée, le 30 avril 1846, par M. Gerdy. Ce chirurgien fut obligé d'emporter avec la tumeur la plus grande partie de la peau qui la recouvrait. Les fibres superficielles du grand pectoral furent également enlevées. Il en résulta une plaie, longue de 15 centimètres, et large de 9, dans le fond de laquelle on apercevait le bord du muscle grand pectoral. La largeur de la plaie ne permettait pas de réunir par première intention; mais afin d'obtenir une diminution aussi considérable que possible de l'écartement des bords, on plaça 4 ou 5 bandelettes ag-

glutinatives, qui réduisirent la plaie à une largeur de 5 centimètres. La tumeur fut trouvée encéphaloïde.

La malade alla bien pendant deux jours ; le troisième jour, un érysipèle se déclara, il fut d'abord assez bénin. Mais le 5 mai, à la visite, nous trouvâmes la malade dans un état alarmant. Elle se plaignait d'étouffer, elle avait une fièvre intense ; l'érysipèle avait envahi la plus grande partie du dos. Le 6 mai, les accidents empirèrent. La malade accusait, dans le côté droit de la poitrine, une vive douleur que nous attribuâmes à la plaie. Nous ne lui demandâmes pas si elle avait toussé, elle ne fut ni percutée ni auscultée. La mort survint le lendemain, 7 mai, moins de 8 jours après l'opération.

L'*autopsie* fut pratiquée le 9 mai 1846. La rougeur des bords de la plaie avait disparu, le tissu cellulaire sous-cutané était sain. Nous trouvâmes dans le fond de la partie supérieure et externe de la plaie un clapier qui s'étendait au-dessous du grand pectoral. Ce muscle était ramolli, profondément altéré, et contenait dans son intérieur trois ou quatre petits foyers de suppuration. Ces foyers étaient situés au niveau du point où l'opération avait intéressé les fibres du muscle. Plusieurs collections inégales en volume, et communiquant irrégulièrement les unes avec les autres, existaient à ce même niveau dans le tissu cellulaire sous-pectoral. L'ouverture de la poitrine fut alors pratiquée ; la plèvre droite, fortement arborisée, contenait plus d'un litre de sérosité sanguinolente ; quelques flocons blanchâtres flottaient dans ce liquide. Çà et là, sur la plèvre pariétale, on apercevait de minces dépôts pseudomembraneux. Le poumon correspondant était refoulé, mais non altéré. Les autres organes étaient sains.

Les muscles intercostaux ne sont pas mentionnés dans les notes que j'ai recueillies pendant l'autopsie. Ces muscles sans doute m'avaient paru sains; mais je n'en fis qu'un examen très-superficiel, et je ne regardai pas la couche du tissu cellulaire interposé entre eux.

C'était le premier fait de ce genre qui se présentait à moi. Voilà pourquoi je fis une étude aussi incomplète des désordres cadavériques ; quoi qu'il en soit, je ne pus me rendre compte de la pleurésie. M. Gerdy me dit qu'on devait considérer cet accident comme un *phénomène de voisinage* ; mais il ne m'en donna pas d'autre explication. Ce fait, du reste, en éveillant mon attention, m'a permis d'étudier plus complétement ceux qui se sont plus tard passés sous mes yeux.

Cancer du sein et de l'aisselle ; opération, pleurésie ; mort.

Obs. III. — Madame Boucher, 46 ans, femme de peine, en-

trée à l'Hôtel-Dieu le 31 janvier 1847, et couchée au n° 27 de la salle Saint-Paul (service de Blandin). Il y a 13 mois, sans cause connue, une petite tumeur parut dans le sein droit de cette femme ; elle s'accrut pendant 8 mois, et depuis lors elle resta stationnaire ; mais, de vives douleurs s'y étant manifestées, la malade s'est décidée à entrer à l'hôpital. Maigreur extrême ; la mamelle gauche est si petite qu'on la sent à peine sous la peau ; la mamelle droite est le siége d'une tumeur grosse comme un œuf de dinde, dure, adhérente à la peau et au grand pectoral, indolente à la pression, bosselée, se prolongeant en haut et en dehors jusque dans le creux axillaire, où elle s'enfonce profondément sans pouvoir être circonscrite avec le doigt. La malade est encore réglée, sa constitution est affaiblie ; son teint est fort pâle, mais n'est nullement coloré en jaune-paille, Elle a conservé tout son appétit. L'examen de la poitrine, de l'abdomen et de l'utérus, ne permet de constater aucune lésion intérieure.

Sans se dissimuler le peu de chances que laisse l'opération, Blandin se décide cependant à la tenter, la malade étant, si on l'abandonne, vouée à une mort certaine. L'opération est pratiquée le 12 février 1847, à l'aide des inhalations d'éther. — La tumeur est circonscrite par deux incisions curvilignes et enlevée rapidement avec les fibres superficielles du grand pectoral, auquel elle adhère. Portant alors le doigt dans l'angle supérieur et externe de la plaie, Blandin trouve une masse cancéreuse qui remonte très-haut dans l'aisselle jusqu'au niveau du faisceau vasculaire et nerveux. Il énuclée cette tumeur, autant que possible, avec les doigts et la sonde cannelée, et, n'osant l'enlever avec le bistouri, il en embrasse la base avec un fil fortement serré. La plaie donne beaucoup de sang et nécessite beaucoup de ligatures ; parmi les artères ouvertes, il en est une, plus volumineuse que les autres, qui se trouve dans le fond de la plaie, au niveau du 3e ou 4e espace intercostal, et qui semble provenir directement des couches profondes, soit de la mammaire interne, soit de l'intercostale correspondante. La ligature de cette artère, qui s'est retirée au milieu des fibres musculaires, est assez difficile.

La tumeur présente tous les caractères d'un squirrhe de la mamelle.

La largeur de la plaie ne permettant pas de réunir avec des bandelettes, on fait un pansement simple avec un linge fenêtré enduit de cérat.

Le 13 février, l'appareil est imbibé d'un liquide séro-sanguinolent ; pouls 110, très-petit ; faiblesse extrême. La malade n'a pas dormi.

Le 14, même état.

Le 15, la faiblesse a augmenté ; pouls 120, misérable ; l'appareil est imbibé de pus. La malade n'a pas encore pu dormir depuis l'opération. Outre la douleur de l'aisselle qu'elle éprouvait précédemment, elle accuse maintenant une vive douleur dans la totalité du membre correspondant.

Le 16, la douleur du membre thoracique redouble, l'état général s'aggrave.

Le 17, la malade commence à râler pendant la visite ; elle expire à 5 heures du soir, un peu plus de 5 jours après l'opération.

Autopsie Le cœur et le cerveau sont sains. La trachée et les bronches, examinées à cause des inhalations d'éther, ne présentent aucune rougeur. Le foie renferme un grand nombre de petits noyaux cancéreux, et la surface des poumons offre, de chaque côté, des réseaux lymphatiques injectés de matières cancéreuses.

Voici maintenant dans quel état sont les parties qui entourent la plaie. La plaie contient peu de suppuration ; le muscle grand pectoral est d'un rouge noir, rétracté, et en même temps très-friable. Il existe, sous ce muscle, une collection purulente assez considérable, sans communication avec l'extérieur. Les intercostaux externes correspondants ne semblent pas altérés ; mais en enlevant ces muscles, on trouve qu'au niveau de la partie moyenne du 3e espace intercostal, le tissu cellulaire qui sépare l'intercostal externe de l'intercostal interne est épaissi, légèrement opaque et friable. La partie subjacente de l'intercostal interne est un peu ramollie, surtout dans ses couches les plus profondes qui présentent en même temps une coloration d'un rouge brun. Précisément, en ce point-là, le feuillet pariétal de la plèvre est richement injecté ; sa face externe est adhérente au muscle, et sa face interne est recouverte d'une fausse membrane assez mince, comme pultacée, très-molle, et non organisée. Un litre environ de sérosité jaunâtre, où nagent des flocons albumineux, distend la cavité droite de la poitrine ; quelques dépôts pseudo-membraneux recouvrent la plèvre pulmonaire, dans la partie qui regarde le point où le feuillet pariétal est enflammé.

La tumeur qui a été entourée d'une ligature, dans le creux axillaire, est complétement sphacélée, et semble sur le point de se détacher. La dissection des nerfs du plexus brachial montre que, plongés au sein de parties enflammées, il sont eux-mêmes le siége d'une altération manifeste ; leur névrillème est vivement injecté, et plusieurs d'entre eux sont évidemment ramollis.

Cete observation diffère des autres par l'absence de l'érysipèle. Remarquons que, la réunion par première intention n'ayant pas été tentée, la peau n'avait pas été irritée par des emplâtres agglutinatifs. Sans doute la pleurésie a dû contribuer à accélérer la mort, mais il faut tenir compte aussi de l'état général d'une malade qui avait dans le foie et les poumons des cancers secondaires.

Du reste, malgré l'absence de l'érysipèle, cette femme était un de ces sujets chez lesquels l'inflammation a de la tendance à se propager en tous sens. A côté de la pleurésie, nous trouvons une inflammation commençante des nerfs du plexus brachial. Ce n'est pas là une inflammation traumatique primitive, car les douleurs n'ont paru que le troisième jour après l'opération. La dissection, du reste, montre que ces nerfs n'ont pas été intéressés par l'instrument tranchant ; c'est donc par propagation que l'inflammation les a gagnés.

Je me souvins, pendant l'autopsie, de la grosse artère qui, au moment de l'opération fut si difficile à lier, et qui semblait venir directement des vaisseaux profonds de la paroi thoracique. Je me demandai si la propagation de l'inflammation à la plèvre ne s'était pas faite le long de la couche celluleuse qui entourait cette artère perforante. Il n'en était rien : je retrouvai cette artère dans le quatrième espace intercostal, et c'était dans le troisième espace que le muscle intercostal, interne était enflammé et adhérent à la plèvre.

Tumeur du sein ; opération, érysipèle ; mort. Vive injection de la plèvre correspondante.

Obs. IV. — Alexandrine Risbec, femme Lacour, 45 ans, blanchisseuse, entra à l'Hôtel-Dieu le 17 mai 1848, et fut couchée au n° 10 de la salle Saint-Paul. — Cette femme, maigre, bien constituée, encore réglée, a eu trois enfants, qu'elle a nourris sans accidents ; elle ne connaît pas de cancéreux dans sa famille ; elle n'a jamais reçu de contusion sur le sein. Elle a découvert, il y a un an, dans la mamelle droite une grosseur qui avait la forme et le volume d'une montre plate. Cette tumeur, alors indolente, devint plus tard douloureuse et s'accrut en dépit de plusieurs emplâtres. Aujourd'hui la tumeur est grosse comme une petite pomme de reinette, elle occupe la partie moyenne du sein droit ; elle est très dure, très-bosselée, peu douloureuse à la pression, bien mobile sur le grand pectoral, mais adhérente à la peau dans le voisinage du mamelon, qui est rétracté. On apercoit autour

d'elle quelques veines dilatées ; les ganglions axillaires sont sains, l'état général est bon.

Le 19 mai, Blandin circonscrit une ellipse autour du mamelon, à l'aide de deux incisions curvilignes ; puis il dissèque les bords de ces incisions du côté de leur concavité, et enlève largement la tumeur et les graisses qui l'entourent. La réunion est faite avec des bandelettes de sparadrap. La tumeur est trouvée squirrheuse.

Le lendemain, les bords de la plaie sont rouges ; on enlève les bandelettes. Le surlendemain, 21 mai, la rougeur a augmenté, la peau est douloureuse ; frisson fièvre. (Onctions de cérat.)

Le 22, la plaie est couverte d'une couche grisâtre, pultacée. La fièvre a redoublé ; la figure et le corps sont perlés de sueurs, les sclérotiques sont jaunâtres, la langue est très-chargée. (Bouteille de Sedlitz.)

Les jours suivants, l'érysipèle envahit la face antérieure de la poitrine, et s'étend en arrière jusqu'à la ligne médiane du dos.

Le 28 mai, la fièvre a diminué, l'érysipèle a cessé de s'étendre et entre en résolution, les sclérotiques ont retrouvé leur blancheur, la plaie se déterge et devient rose ; la faiblesse de la malade est toujours extrême.

Le mieux continue pendant trois jours. Mais le 1er juin, il survient de la fièvre, du dévoiement ; la plaie redevient grise, la malade a vomi. Le lendemain ces accidents s'aggravent ; la plaie est devenue blafarde, la faiblesse est excessive, et la malade succombe la nuit suivante.

Autopsie le 4 juin, 30 heures après la mort. Plus de traces de l'érysipèle ; il n'existe aucun abcès autour de la plaie. Le grand pectoral n'est ni tuméfié ni injecté ; mais sa consistance est diminuée, car il se déchire aisément sous la pince. Le tissu cellulaire sous-pectoral est épaissi, légèrement opaque, densifié, et fait adhérer le muscle aux couches profondes.

Vus en dehors, les intercostaux externes paraissent parfaitement sains ; mais le périoste qui recouvre la face externe des côtes est admirablement injecté. Cette injection, très-régulière, n'existe que dans une étendue de 10 centimètres carrés, au niveau précisément de la plaie de l'opération. De deux centimètres en deux centimètres, on voit un vaisseau plus volumineux que les autres, et gorgé de sang, passer directement du bord supérieur au bord inférieur de la côte ; celle-ci se trouve ainsi décomposée en petits carrés, dans lesquels on aperçoit d'innombrables mailles capillaires. Si on dénude les autres côtes des deux côtés de la poitrine, on voit qu'elles ne

présentent rien d'analogue ; à peine, de loin en loin, trouve-t-on sur leur périoste une petite strie vasculaire.

En enlevant les muscles intercostaux externes, qui ne sont point altérés, on arrive aux intercostaux internes sans rencontrer la moindre trace d'inflammation dans la couche celluleuse qui sépare ces plans musculeux.

La poitrine est alors ouverte. Le cœur et les poumons sont sains ; les cavités pleurales ne contiennent ni sérosité ni fausses membranes. Mais la plèvre pariétale droite est vivement injectée au niveau de la mamelle, dans une étendue d'environ 12 centimètres carrés. Ce fait devient palpable si on compare cette rougeur à la décoloration des autres parties de la même plèvre ou de la plèvre gauche. L'inspection des téguments du dos, qui présentent une teinte violacée, montre qu'après la mort, comme cela avait lieu pendant la vie, le corps a reposé sur sa face postérieure. La congestion que je viens de décrire n'est donc point cadavérique En décollant la plèvre et le tissu cellulaire sous-pleural, ce qui est facile, les intercostaux internes paraissent sains ; mais le périoste qui recouvre la face interne des côtes présente la reproduction fidèle de ce qui existe sur leur face externe. Si on détache ce périoste de la côte qu'il recouvre, on voit une rosée sanguine apparaître à la surface de l'os. Les viscères abdominaux sont dans l'état le plus normal.

Cette observation est loin d'avoir la même valeur que les précédentes ; elle ne suffirait certainement pas à elle seule pour établir le point que je veux démontrer. Il me semble difficile cependant de ne pas voir une congestion active dans l'état de la plèvre, ou, pour mieux dire, du tissu cellulaire sous-pleural.

Je suis porté à considérer cette congestion comme l'indice d'une inflammation naissante, ou comme le reste d'une inflammation prête à s'éteindre. Exactement limitée aux points qui correspondent à la plaie de l'opération, la rougeur de la plèvre me semble avoir été la conséquence de cette dernière. Je sais bien qu'en l'absence de toute sécrétion pathologique, l'injection pure et simple d'une membrane ne permet pas de dire qu'elle est enflammée ; mais il faut bien toujours que cette injection ait une cause, et dans le cas actuel, je ne trouve pas d'autre cause que l'inflammation traumatique de la plaie. N'oublions pas que chez cette malade, il y a eu un érysipèle grave, preuve évidente que chez elle l'inflammation avait de la tendance à se propager au loin.

La voie que l'inflammation aurait suivie ici n'est pas démontrée, il est vrai, par le résultat de l'autopsie ; la couche cellu-

leuse qui sépare les intercostaux est saine en effet. Mais en voyant, dans toute son étendue, le périoste costal si richement injecté, je me demande si ce ne serait pas par là qu'aurait passé l'inflammation.

Cancer du sein chez un homme; opération, récidive; nouvelle opération, érysipèle, suppuration prolongée. Mort; adhérences molles et récentes de la plèvre au niveau de l'opération.

Obs. V. — Pierre Bocquet, 54 ans, commissionnaire, entré à l'Hôtel-Dieu le 11 octobre 1848, Salle Saint-Jean, n° 3 (service de Blandin). — Cet homme, d'une taille moyenne, d'une constitution robuste, et d'un tempérament sanguin, n'a jamais connu de cancéreux dans sa nombreuse famille. La profession pénible qu'il exerce l'a exposé, dans sa vie, à des accidents réitérés; il raconte, entre autres, qu'il y a 4 ans, dans une chute, il se heurta le sein gauche sur le coin d'un fourneau. La contusion produisit une ecchymose qui guérit promptement, sans laisser après elle aucune grosseur. Six mois après, le malade éprouva une démangeaison dans le mamelon gauche; il y regarda, et trouva une petite tumeur, grosse comme un haricot, parfaitement limitée au mamelon. Cette tumeur s'accrut insensiblement sans se ramollir, puis elle devint douloureuse, et le malade entra pour la première fois à l'Hôtel-Dieu, le 7 juin 1847. Sa tumeur était alors du volume d'un œuf de poule, adhérente à la peau, non ulcérée, du reste, et mobile sur le grand pectoral. Les tissus voisins étaient sains, l'aisselle libre d'engorgements, l'état général très-bon.

Le 7 juin 1847, Blandin pratiqua l'ablation de cette tumeur de la peau correspondante; la tumeur, examinée au microscope, présentait tous les caractères du squirrhe. La réunion par première intention fut tentée inutilement, mais il ne survint aucune complication, et le malade, en apparence bien guéri, quitta l'hôpital le 7 juillet 1847. Il reprit ses travaux; dix mois s'écoulèrent sans accident.

Vers le mois de mai 1848, quelques douleurs sourdes, profondes, rares, se montrèrent dans l'aisselle gauche; le malade ne s'en occupa guère. Mais les douleurs augmentèrent, et vers le milieu d'août, en explorant lui même son aisselle, le malade y trouva une petite tumeur globuleuse, mobile, grosse comme une noisette. Inquiet de la voir grossir, il vint consulter Blandin, qui le fit entrer pour la deuxième fois dans son service, le 11 octobre 1848.

La cicatrice qui avait succédé à la première opération avait

conservé toute sa souplesse ; les parties environnantes étaient aussi parfaitement saines. Il y avait dans l'aisselle deux tumeurs sphériques, mobiles et très-inégales ; la plus petite était très-superficielle, la plus grosse remontait derrière le grand pectoral. Du reste, les vaisseaux et nerfs de l'aisselle n'étaient nullement comprimés, et l'état général était excellent.

Le 13 octobre 1848, Blandin enleva ces tumeurs à l'aide d'une simple incision de la peau. L'énucléation en fut facile ; il ne s'écoula presque pas de sang, et il ne fut pas nécessaire de lier aucun vaisseau. Le doigt, promené dans le fond de la plaie n'y trouva aucune induration ; l'inspection des tumeurs montra, du reste, qu'elles étaient enlevées en totalité avec quelques fragments de tissu adipeux. Le microscope prouva que les deux tumeurs étaient réellement squirrheuses.

On tenta la réunion immédiate avec des bandelettes agglutinatives. Pendant les premiers jours, tout marcha bien. Le quatrième jour, on fut obligé d'enlever les bandelettes, à cause de la rougeur des bords de la plaie. Le lendemain, il y avait un érysipèle qui prit bientôt des proportions considérables. La plaie devint béante, grisâtre ; quelques points de sa surface se sphacélèrent. L'état général du malade était tellement grave que chaque jour on s'attendait à le voir mourir.

Après avoir envahi toute la poitrine, ainsi que la région sus-claviculaire, l'érysipèle entra en résolution, mais l'état général ne s'améliora pas. Le malade, extrêmement faible, était atteint d'un délire léger, mais continu ; le pouls était fréquent et très-petit ; la plaie, pendant ce temps, donnait une suppuration ichoreuse, fétide, parfois sanguinolente, et parfois mêlée de détritus gangréneux.

Ce malheureux resta ainsi quinze jours entre la vie et la mort, et succomba enfin le 12 novembre, trente jours après l'opération, vingt-cinq jours après le début de l'érysipèle.

Voici maintenant les résultats de l'autopsie, qui fut pratiquée le 13 novembre, vingt-quatre heures après la mort. La cicatrice qui a succédé à la première opération est encore en bon état. La plaie de la deuxième opération a deux fois l'étendue de la paume de la main ; des lambeaux sphacélés adhèrent encore à ses bords. Le fond de cette plaie se continue avec un vaste clapier qui occupe la cavité axillaire. A ce niveau, les muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond, ont conservé leur couleur rouge ; ils sont considérablement contractés, et leur consistance est tellement diminuée qu'ils se déchirent sous la pince, à la moindre traction. Le grand dentelé, qui occupe le fond du clapier et de la

plaie, est noirâtre à sa surface et friable dans toute son épaisseur ; les muscles intercostaux au-dessous de lui paraissent sains.

Les vaisseaux et nerfs de l'aisselle sont entourés d'une espèce de gangue d'un blanc jaunâtre, très-ferme, qui paraît cancéreuse au premier coup d'œil, mais dans laquelle le microscope ne trouve que des fibres de tissu cellulaire, beaucoup de globules gras, des cellules de pus, et une substance transparente, sans organisation. Cette gangue est dans une production simplement inflammatoire ; en la divisant par une dissection attentive, on trouve que les vaisseaux qui la traversent sont très-perméables, et que les nerfs sont parfaitement sains. Il n'y a eu, pendant la vie, ni œdème ni douleur dans le bras.

Le creux sous-claviculaire contient une petite collection purulente, du volume d'une noisette, et d'une forme sphérique ; les parois de cette collection sont épaisses, comme lardacées, et on est porté à la prendre pour un ganglion suppuré.

Le crâne et l'abdomen contiennent des organes bien sains ; il n'en est pas de même de la poitrine.

Le cœur n'offre rien de particulier ; au sommet des deux poumons, on trouve de petits noyaux crétacés, qui semblent indiquer des tubercules guéris. Il n'existe à ce niveau aucune adhérence de la plèvre. Les poumons sont sains dans le reste de leur étendue ; la plèvre droite ne présente aucune adhérence.

Mais du côté gauche, au niveau de l'aisselle, où a été pratiquée la seconde opération, c'est-à-dire au niveau de la partie moyenne des 3e et 4e côtes, la face externe du poumon est adhérente à la paroi thoracique, dans une étendue à peu près circulaire d'environ 7 centimètres de diamètre. L'adhérence est légère ; elle est établie par une espèce de suc transparent, comme gélatineux, légèrement gluant, dans lequel on ne découvre pas d'organisation. Lorsqu'on a séparé les deux feuillets de la plèvre que ce suc unissait mollement, on voit que la surface libre de ces feuillets est dépolie et couverte d'un grand nombre de petites saillies qui simulent des villosités. Le doigt promené sur cette surface la trouve très-légèrement rugueuse. Le reste de la surface de la plèvre ne présente rien de semblable, la cavité pleurale ne contient aucun liquide. En examinant le poumon au niveau de l'ahérence, je n'y ai trouvé aucune lésion appréciable.

L'état de la plèvre, chez cet homme, était certainement le résultat d'une sub-inflammation encore peu ancienne. Cet état était tout à fait semblable à celui que M. Cruveilhier a décrit sous le nom d'*adhésion glutineuse* ; je l'ai déjà rencontré plusieurs fois dans la plèvre et dans le péritoine. M. Cruveilhier dit,

dans son ouvrage (1), que c'est cette adhésion qui préside à à l'oblitération des cavités séreuses, lorsqu'un abcès viscéral s'ouvre à l'extérieur sans produire d'épanchement ; il la considère comme le résultat de la propagation lente de l'inflammation.

Dans ce cas particulier, cette adhésion glutineuse s'est faite de dehors en dedans, au lieu de se faire de dedans en dehors ; une inflammation peu intense ayant atteint, par propagation, le feuillet pariétal de la plèvre, une exhalation peu abondante et glutineuse s'est faite à la surface ainsi enflammée. Le frottement de ce feuillet, dépoli sur la partie correspondante de la plèvre pulmonaire, y a déterminé également une exhalation glutineuse, et les deux couches ainsi exhalées, se trouvant en contact, se sont confondues en une seule. Si le malade eût vécu plus longtemps, des fibres de tissu cellulaire s'y seraient développées et auraient constitué une adhérence plus solide.

Il y a eu, chez cet homme, un érysipèle qui s'est manifesté vingt-trois jours avant la mort Il est probable que l'inflammation légère qui a atteint la plèvre a paru à peu près à la même époque ; la propagation s'est effectuée, comme dans les exemples précédents, à travers les couches celluleuses et musculaires. Cette inflammation est plus tard entrée en résolution, comme cela a eu lieu pour l'érysipèle ; mais la substance glutineuse, qui faisait déjà adhérer les deux feuillets de la plèvre, n'a pas été résorbée, et nous n'avons trouvé sur le cadavre que ce seul vestige d'une inflammation déjà éteinte.

Cancer du sein ; opération, guérison de la plaie, récidive sur place ; 2e opération, érysipèle, suppuration interminable ; mort. Adhérence de la plèvre au niveau de la 2e opération.

Obs. VI. — Marie Bonce, femme Parisset, 35 ans, blanchisseuse. Femme très bien constituée, pleine d'embonpoint et de fraîcheur, n'ayant jamais été malade ; elle a eu six enfants qu'elle n'a pas nourris ; elle ne se souvient pas de s'être heurté le sein. Son père et sa mère sont vivants ; on lui a dit que sa grand'mère était morte du *pylore*. En février 1847, en appuyant sa poitrine sur l'angle d'une table, elle éprouva une douleur dans le sein droit : elle y regarda et trouva une glande. La tumeur s'accrut, devint douloureuse ; elle laissait suinter de temps à autre du sang ou bien une matière blanche semblable à du pus.

Le 16 septembre 1847, elle entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 37. Sa tumeur, grosse comme un œuf de pigeon, était dure, sans bosselures, indolente à la pression, traversée de temps

(1) *Anat. path. génér.*, t. I, p. 274 et suiv. ; 1849.

à autre par des douleurs lancinantes, bien mobile sous la peau et sur le grand pectoral ; rien dans l'aisselle, rien ailleurs.

Le 19, M. Jarjavay, qui faisait le service par intérim, à la place de Blandin, enleva cette tumeur, qui fut trouvée encéphaloïde. La réunion de la plaie se fit sans accidents, et le 18 octobre la malade quitta l'hôpital.

Un mois après la sortie de la malade, la cicatrice linéaire qui résultait de l'opération se gonfla peu à peu ; il s'y produisit de petites tumeurs isolées, qui, en se développant, se confondirent les unes avec les autres. La malade se présenta de nouveau à l'Hôtel-Dieu, et y fut admise le 25 mars 1848. Sa tumeur était grosse comme un œuf de pigeon, un peu aplatie, bosselée, dure, adhérente au grand pectoral , et confondue avec la peau. L'aisselle était libre d'engorgement, et l'état général paraissait encore excellent.

Le 27 mars 1848 , Blandin enleva la tumeur avec la peau correspondante et avec les fibres superficielles du grand pectoral ; puis il rapprocha autant que possible les lèvres de la plaie avec des bandelettes de sparadrap. Tout alla bien pendant quatre jours.

Le cinquième jour, la plaie devint bouffie , blafarde ; elle se couvrit d'une petite couche grise pultacée; frissons, fièvre, dévoiement. (Diète absolue , opium en lavements ; cautérisation avec le nitrate d'argent, charpie sèche sur la plaie.) Cet état s'améliora au bout de quelques jours.

Le 16, avril, il survint un érysipèle qui ne prit pas beaucoup d'extension et qui ne s'accompagna pas d'accidents graves.

Le 15, cet érysipèle était presque complétement résolu, lorsque la malade accusa une vive douleur dans l'aisselle. On trouva dans cette région une tumeur rouge, dure encore, très-douloureuse à la pression, évidemment phlegmoneuse. (Cataplasmes.)

Le 17, on y perçut de la fluctuation ; on pratiqua une ouverture qui se renferma assez promptement.

Le 29, nouvel abcès dans l'aisselle, ouvert comme le précédent.

Le 12 mai, il se forma un troisième abcès au-dessous de la clavicule. Cet abcès paraissait superficiel au moment où on l'ouvrit ; mais, la suppuration ne cessant pas de s'écouler par là, et l'ouverture étant devenue fistuleuse, on reconnut bientôt qu'il existait derrière le grand pectoral un vaste clapier, dont l'abcès sous-claviculaire n'était qu'un diverticule. On introduisit une sonde cannelée par l'ouverture fistuleuse, et, en se guidant sur le bec de cette sonde, on pratiqua dans l'aisselle une contre-ou-

verture. A partir de ce moment, la suppuration s'écoula par là, et la plaie sous-claviculaire se referma peu à peu.

Pendant ce temps, la plaie du sein s'était complétement cicatrisée. Cette cicatrice et les parties environnantes ne présentaient aucune trace de récidive ; mais la suppuration de l'aisselle persistait sans la moindre diminution, malgré les moyens les mieux appropriés. Quoique l'appétit fût toujours bon, quoique les digestions se fissent bien, les forces déclinèrent, et il survint un amaigrissement manifeste.

Le 1er juillet, on conseilla à la malade d'aller se remettre à la campagne, et elle quitta l'hôpital.

Au bout d'un mois et demi environ, cette pauvre femme rentra de nouveau à l'Hôtel-Dieu dans un état désespéré. La suppuration n'avait pu tarir, et l'épuisement augmentait de jour en jour. J'ignore la date exacte de sa rentrée à l'hôpital, car j'étais alors en congé : mais à mon retour, le 3 octobre 1849, je la trouvai couchée au n° 27 de la salle Saint-Paul, et elle mourut le lendemain, plus de quatre mois après la deuxième opération.

Voici les résultats de *l'autopsie*, que je pratiquai moi-même. La cicatrice du sein et les parties environnantes ont conservé toute leur souplesse et ne présentent aucune trace de récidive. En ouvrant la paroi antérieure de l'aisselle, on trouve un clapier considérable qui se prolonge entre le sous-scapulaire et le grand dentelé ; à la partie externe de ce clapier, existent des détritus grisâtres, et de petites masses ramollies, d'origine ganglionnaire. L'examen microscopique de ces petites masses montre qu'elles ne sont point cancéreuses.

Le cœur, les poumons, la plèvre gauche, sont sains ; il n'existe aucun épanchement dans la plèvre droite ; mais des adhérences solides, anciennes, bien organisées, font adhérer le poumon à la paroi thoracique, dans une étendue qui correspond précisément et seulement au niveau du point où l'opération a été pratiquée.

Il y a dans le foie une tumeur superficielle d'un blanc jaunâtre, grosse comme une noisette, assez dure, donnant à la pression un sac dans lequel le microscope trouve des cellules cancéreuses. Le reste du foie est sain.

Tous les autres organes sont à l'état normal, à l'exception de l'utérus, qui présente une petite tumeur fibreuse interstitielle.

Ici encore, par conséquent, nous trouvons les traces incontestables d'une pleurésie ancienne, exactement circonscrite à la région de la mamelle, dans le point où ont été pratiquées les deux opérations. Il ne peut rester de doute que sur l'époque où

cette pleurésie a eu lieu. Or, il me semble que les observations précédentes permettent de rattacher cette pleurésie à l'une ou à l'autre des deux opérations qu'a subies la malade, et principalement à la seconde.

En premier lieu, cette femme, dans son interrogatoire, a déclaré n'avoir jamais été malade. Cela ne prouve pas grand' chose, il est vrai, mais enfin cela constitue toujours une difficulté, si on admet que la pleurésie ait été idiopathique. En général en effet, une pleurésie, quelque circonscrite qu'elle soit, est accompagnée de phénomènes plus ou moins graves qui restent dans le souvenir des malades : première circonstance exceptionnelle.

En second lieu, ces adhérences n'existent que dans la région de la mamelle droite ; ce n'est point là le siége ordinaire des pleurésies circonscrites : seconde circonstance exceptionnelle.

En troisième lieu, ces adhérences n'existent que là où l'opération a été pratiquée. Il est certain que, si cette coïncidence était due au hasard, ce serait une troisième circonstance exceptionnelle.

Quoique possible à la rigueur, cette superposition d'exceptions n'explique pas le fait d'une manière satisfaisante. Toutes les difficultés disparaissent, si on suppose qu'entre la plaie du sein et la pleurésie il y a eu relation de cause à effet. Est-il étonnant qu'une pleurésie légère soit restée inaperçue pendant que la maladie présentait les signes bien plus graves d'une large plaie compliquée d'érysipèle ? Tout le monde connaît ce célèbre aphorisme : *Duobus doloribus simul obortis*, etc.

Remarquons enfin que chez notre malade il y a eu, pendant la deuxième opération, des phénomènes incontestables de propagation inflammatoire.

Le phlegmon de l'aisselle pourrait, il est vrai, n'être qu'une inflammation successive des ganglions ; mais l'érysipèle, évidemment parti de la plaie, est l'indice d'une propagation proprement dite. La malade ayant survécu, pendant quatre mois, à ces accidents, la résolution s'est opérée entre la plaie et la plèvre, comme autour de la plaie elle-même ; mais les adhérences ont persisté, et nous ont permis, à l'autopsie, de retrouver la marche de l'inflammation.

Dans les faits que je viens de relater, la pleurésie a été consécutive à des opérations pratiquées dans les régions du sein ou de l'aisselle. Il est vraisemblable que cette complication peut se présenter dans les opérations beaucoup plus rares que l'on pratique sur les autres points de la paroi thoracique.

Il y a plus ; pour qu'une inflammation se propage, il n'est pas besoin qu'elle soit traumatique. Le contact de l'air, en irritant incessamment les plaies, les dispose, sans doute, d'une manière toute particulière, aux accidents de propagation étendue ; mais on conçoit très-bien que des inflammations primitivement profondes puissent se comporter de la même manière. On conçoit, par exemple, qu'un phlegmon du sein puisse aussi déterminer l'inflammation de la portion correspondante de la plèvre.

Je n'ai pu, il est vrai, vérifier ce dernier point par des autopsies ; j'ai cependant rencontré un fait qui a, par lui-même, une assez grande valeur. Je n'ai pu retrouver les notes que j'avais prises sur la malade dont il va être question, et je suis obligé de m'en rapporter à mes souvenirs ; mais l'intérêt très-grand avec lequel j'observai ce fait, qui venait à l'appui de mes recherches sur la propagation de l'inflammation, me permet de le donner néanmoins comme authentique.

Mammite aiguë, pleurésie.

Obs. VII. — Il s'agit d'une femme d'environ 35 ans, qui fut admise à l'Hôtel-Dieu, dans l'hiver de 1848, pour un phlegmon aigu de la mamelle gauche ; le mal s'était développé pendant la durée de l'allaitement. La mamelle était très-volumineuse, très-tendue, et dans l'origine on n'y percevait pas de fluctuation : on employa d'abord les sangsues et les cataplasmes. La malade avait de la fièvre depuis plusieurs jours ; elle souffrait dans le côté gauche, ce que nous avions cru devoir rapporter à l'inflammation de la mamelle. Mais un jour, il survint une toux assez vive, qui me fit supposer que l'inflammation avait gagné la plèvre. Ayant fait asseoir la malade, je reconnus à l'auscultation une diminution manifeste du murmure respiratoire, dans la partie inférieure du poumon gauche ; et la percussion indiqua une matité très-nette dans l'étendue correspondante. C'était au moment de la visite du soir. Je priai mon collègue M. Macquet de constater ces signes, et il pratiqua, séance tenante, une saignée. Le lendemain matin, Blandin reconnut aussi l'existence de la pleurésie ; il ouvrit l'abcès de la mamelle et fit appliquer de larges vésicatoires sur la moitié gauche du dos. La malade fut mise à la diète ; je ne saurais dire si elle fut soumise à de nouvelles évacuations sanguines. Quoi qu'il en soit, les accidents se dissipèrent heureusement, l'épanchement pleurétique fut résorbé, la mamelle se cicatrisa, et la malade quitta l'hôpital parfaitement guérie.

J'ai voulu attirer l'attention sur un accident qu'on avait jus-

qu'ici passé sous silence. Mes observations me portent à croire que cet accident n'est point rare, et je présume que des observations ultérieures viendront à l'appui des faits que j'ai avancés.

THÉRAPEUTIQUE. — 5. *Mémoire sur le traitement des affections scrofuleuses par les préparations de feuilles de noyer*; par le docteur NÉGRIER, médecin à Angers.

(Suite : *voir* t. III, mars 1850, p. 66.)

(Archives générales de médecine, avril 1850.)

Je vais faire connaître maintenant le mémoire du docteur Borgiali.

« Dans l'année 1830, dit le Docteur Borgiali, lorsque j'étais suppléant du médecin de la Bienfaisance de Saint-Dalmas et du Carmen, j'avais pu me convaincre de l'insuffisance des muriates de baryte et de chaux, et des préparations d'iode, qui avaient été les premiers moyens thérapeutiques employés contre les affections scrofuleuses ; et lorsque je m'en étais servi, j'avais été forcé d'en suspendre l'usage, car il était arrivé maintes fois que, bien qu'administrés à faibles doses, ils occasionnaient des irritations gastro-entériques. Cependant, n'ignorant pas l'inutilité de tous les autres spécifiques vantés, et ne connaissant pas d'autres moyens, je m'y tenais, je dirai presque malgré moi. Je continuai ainsi jusqu'à ce qu'il me tombât dans les mains le *Traité sur les scrofules* de M. Le Pelletier. Guidé par l'expérience de cet écrivain, et adoptant ses principes thérapeutiques, je bornai la méthode curative aux simples moyens hygiéniques, et je dois avouer que je vis maintes fois s'améliorer de graves affections, tandis que de plus légères cédaient plus difficilement. Cependant je ne partageais pas tout à fait l'opinion du Docteur Le Pelletier sur la cause première de cette maladie, qui, suivant lui, serait le résultat d'une mauvaise alimentation suivie d'une mauvaise digestion. »

Je m'arrête ici, ne voulant pas grossir cet opuscule de considérations de pure théorie, d'autant plus qu'elles n'offrent rien de nouveau, soit sur la nature intime du mal, soit sur la distinction que fait M. Borgiali entre la scrofule générale et la scrofule locale, entre les symptômes spontanés et les phénomènes consécutifs. Je passe de suite au traitement qu'il a adopté pour combattre cette affection protéiforme.

« Enfin, dit-il, arriva l'année 1841, où j'appris, par les journaux français, que A.-C. Baudelocque, C. Négrier et Borson, employaient avec avantage les feuilles de noyer. Quoique un peu défiant pour avoir presque toujours éprouvé des déceptions par rapport aux remèdes qui arrivent de l'étranger, je n'hésitai

pas cependant à me servir de celui-ci, dès la première occasion qui se présenta. En effet, appelé en consultation, le 17 juillet 1841, pour la malade désignée dans le premier cas, d'accord avec le professeur Beata, je prescrivis la décoction de feuilles de noyer avec son brou dans une tasse d'eau, prise chaque matin. L'usage de ce remède, continué pendant six mois, ayant parfaitement guéri la malade, j étudiai avec un vif intérêt l'effet de ce médicament dans les scrofules. Pendant les années qui suivirent, j'ordonnai la décoction de feuilles de noyer dans toutes les affections scrofuleuses. Mais un remède trop vulgaire, sans mystère, et privé en outre de cette promptitude d'action tant désirée par les malades, n'excite pas toujours la confiance. J'ajouterai que plusieurs, par insouciance et ennui de préparer cette décoction chaque matin, en suspendirent souvent l'usage ou même l'abandonnèrent tout à fait. Cependant beaucoup d'individus suivirent mes conseils, et en obtinrent un succès proportionné au temps qu'ils donnèrent à ce traitement. Il y en eut quelques-uns sur lesquels il ne produisit aucun effet; mais, de ceux-ci, les uns étaient d'un âge avancé, les autres soupçonnés d'être atteints d'affections herpétiques, et d'autres de dégénérations dans les tissus des viscères de la poitrine ou de l'abdomen.

« Je dirai, en outre, que la guérison des scrofules ne peut s'obtenir du *juglans regia* que si l'usage en est continué pendant deux, trois, et même six mois. Dans plusieurs cas peu graves de croûtes cutanées ou de légers engorgements dans les glandes, je vis disparaître toutes traces après quinze ou vingt jours de traitement. En le discontinuant quelques jours, elles reparaissaient; mais lorsqu'on le reprenait pour quelque temps, elles s'effaçaient bientôt tout à fait. Je vis donc qu'il était nécessaire d'employer ce remède pendant plusieurs mois, même dans les affections récentes et légères, et que dans les affections graves et invétérées, il était besoin d'une longue persévérance : à plusieurs qui en avaient déjà fait usage durant six ou sept mois, je dus prescrire, l'année suivante, à la saison convenable, le même traitement à suivre plusieurs mois, afin d'assurer la guérison et prévenir une rechute.

« J'emploie tantôt la décoction de feuilles vertes ou desséchées à l'ombre, tantôt le fruit avec le brou nouvellement cueilli ou conservé dans le sable, quelquefois je me sers de l'extrait tant des feuilles que du brou. Quant à la décoction des feuilles, j'en fais prendre, selon l'âge et la disposition, depuis deux ou trois feuilles infusées dans une demi-tasse d'eau, jusqu'à six, sept, huit et même plus dans une tasse. Pour la décoction du fruit,

j'en mets un ou deux, suivant la grosseur. Je varie la dose de l'extrait depuis dix grains jusqu'à soixante, mais je dois dire qu'il agit peu ; j'y ai cependant recours pendant l'hiver, et lorsque le malade répugne à employer le remède d'une autre manière. Habituellement je mélange cet extrait avec deux parties de graisse, pour composer l'onguent que j'applique sur les ulcères.

« D'abord je n'administrai cette décoction qu'une seule fois le jour, et à jeûn ; mais j'ai obtenu de grands succès à en faire prendre plusieurs fois, portant la dose à une ou deux livres d'infusion par jour ; je n'ai même vu arriver aucun accident fâcheux à ceux qui voulaient en prendre en plus grande quantité. Deux individus cependant, l'un âgé de 12 ans et l'autre de 34, tous les deux excessivement faibles, auxquels j'avais ordonné la décoction de cinq feuilles, furent atteints d'évacuations alvines si fortes, que je fus obligé, pour prévenir trop de fatigues, de réduire le nombre de feuilles à deux.

« Des urines abondantes suivent ordinairement l'usage de ce traitement ; souvent il s'y joint des évacuations alvines répétées, surtout dans les premiers jours. Les forces digestives reviennent, l'appétit renait, et le malade, devenu morose, reprend sa première gaieté et sa vivacité.

« Le professeur Beata m'ayant communiqué une de ses observations qui constate l'efficacité du noyer dans les scrofules, je l'ai jointe à celles des miennes que j'ai cru utile de faire connaître.

Obs. I.— Giulio, âgé de 15 ans, de tempérament scrofuleux, né de parents scrofuleux, vint à Turin en février 1841. Il était atteint d'une fièvre catharrale grave, avec douleurs dans tout le corps, et principalement dans les bras et dans les jambes. On la combattit par un traitement antiphlogistique et par des saignées. Malgré ce traitement, la fièvre n'en continua pas moins, et de nouvelles et fortes douleurs se faisaient sentir dans le ventre accompagnées de dyssenterie, d'accès convulsifs, de contractions et de raccourcissements des extrémités. Le malade ayant été transporté à Ivrea, le professeur Beata prescrivit des boissons tamarinées, la valériane, et plusieurs applications de sangsues sur le ventre. Ce traitement calma les douleurs, les attaques convulsives et la dyssenterie ; mais survint la tuméfaction des glandes abdominales, maxillaires, sous maxillaires et cervicales.

Je fus appelé en consultation le 7 juillet. Le malade présentait les symptômes suivants : lèvres et nez gonflés, maigreur universelle, tous les membres raccourcis ; les glandes maxillaires et sous-maxillaires, ainsi que celles du cou, gonflées, les unes grosses

comme un œuf, les autres comme de grosses poires, mobiles et douloureuses: ventre gonflé, engorgé, très-douloureux; fièvre intense et qui augmente le soir. On prescrivit la décoction d'une noix avec le brou, dans un verre d'eau, à prendre ainsi chaque matin, et un régime nourrissant. On traita avec des emplâtres émollients les glandes gonflées, et l'on pratiqua des tractions pour remédier aux contractures et raccourcissements des membres.

Le 18 du même mois, je revis ce malade; il y avait quelque diminution de tous les symptômes, mais la décoction produisait le cours de ventre. On continua ce traitement durant six mois, et le malade se trouvait, au mois de novembre suivant, presque guéri; seulement il lui restait quelques glandes extérieures, endurcies et insensibles, pour lesquelles il lui fut conseillé de continuer la décoction ordinaire et d'user de pommade d'hydriodate de potasse en onction sur les glandes endurcies.

Ce jeune homme a toujours joui depuis de la santé la plus parfaite, et ne présente aucunes traces de sa maladie.

Obs. II. —Elle a pour objet une jeune fille, née d'une mère *scrofuleuse*, et ayant elle-même un aspect scrofuleux, qui fut prise d'érysipèle, et à la suite affectée de *croûtes* d'un caractère *scrofuleux*, qui disparurent par l'emploi de la décoction de feuilles de noyer. 12 jours après en avoir cessé l'usage, quelques *taches* parurent sur les lèvres, et la jeune fille eut de nouveau recours aux feuilles de noyer, dont elle usa jusqu'au mois d'octobre, et obtint la guérison désirée. Dans l'été de 1844, pour prévenir une rechute, elle s'y assujettit encore pendant plus d'un mois, et elle n'a éprouvé ni rechute ni aucune autre maladie, jouissant de la plus parfaite santé.

Obs. III.—Dominica, âgée de 15 ans, non réglée, mal vêtue, très-mal nourrie, habitant une maison mal exposée et en mauvais état, de tempérament scrofuleux, fille d'une mère qui porte des cicatrices scrofuleuses, de constitution frêle, a habituellement les lèvres et le nez gonflés, rougeâtres, avec des boutons; elle n'a jamais eu de maladies hormis la petite vérole, à la fin de laquelle elle souffrit pendant une année. A l'âge de 9 ans, pendant une nuit du mois de mai 1842, elle fut subitement atteinte d'une inflammation de l'œil gauche, accompagnée de fièvre, que l'on combattit par deux saignées, un vomitif et des boissons rafraîchissantes et légèrement purgatives. Le huitième jour la maladie avait presque disparu, il ne restait plus que quelques rougeurs aux paupières encore un peu gonflées, et de la faiblesse de la vue. Cet état, qui augmentait chaque mois, persista malgré le trai-

tement antiphlogistique employé jusqu'à la fin de novembre; alors il cessa tout à coup entièrement.

En mai 1843, la même ophthalmie reparut et fut traitée de la même manière : toute trace d'inflammation disparut en dix jours. Le 5 juin, quelque soin qu'on prît pour éloigner toute cause de rechute, la jeune fille fut subitement reprise de la même maladie et plus violente. Reconnaissant l'inutilité des moyens habituellement employés pour combattre les inflammations, jugeant que cette affection dépendait de l'état scrofuleux, je prescrivis la décoction de quatre à cinq feuilles de noyer, à prendre chaque jour. Le 22 du même mois, il y avait toujours gonflement et rougeur du nez et des èvres, avec boutons et croûtes grises; l'engorgement des paupières était presque dissipé, bien qu'elles fussent un peu rouges; on comptait cinq ulcères, les uns sur la sclérotique, les autres sur la cornée. La décoction de noyer occasionna des évacuations alvines et des urines abondantes. Je recommandai à la malade d'en continuer l'usage chaque matin, et d'augmenter le nombre de feuilles. Le 17 août, bien qu'elle n'eût usé du médicament que par intervalle, et qu'elle ne prît que de mauvaise nourriture, l'ophthalmie s'était tout à fait dissipée, ainsi que la tuméfaction du nez et des lèvres. Son aspect indiquait même une santé florissante. La malade n'ayant plus voulu continuer le remède, ni alors, ni l'année suivante, fut prise, à la fin de 1844, d'un engorgement glandulaire à l'angle de la mâchoire inférieure, à droite, lequel, traité par des emplâtres émollients, dégénéra, en août 1845, en une plaie suppurante : l'os de la mâchoire étant attaqué, le docteur Chiaves fut obligé d'en extraire un fragment, en décembre de la même année. Maintenant l'ulcère est cicatrisé, mais le tempérament scrofuleux persiste, annoncé par le gonflement et la pâleur de la face, par le développement et la rougeur des lèvres et du nez.

Obs. IV. — Ravera (Lucia), âgée de 7 ans, dans un état d'extrême misère, fille de parents scrofuleux, n'avait jamais eu aucune maladie. Vers la fin du mois de mars 1842, il lui survint une tumeur de la première phalange du gros orteil du pied droit. Cette tumeur s'abcéda et donna passage au dehors à quelques fragments osseux. Traitée, dans le mois d'octobre suivant, par une femme, avec de l'huile de mille-pertuis, la plaie se ferma. Quelques jours après, cette enfant fut atteinte d'une douloureuse éruption pustuleuse autour des yeux; le gauche surtout était entouré de croûtes; la vue était extrêmement pénible; ces affections devenaient plus graves de jour en jour. Le 19 juin, sa mère me l'amena. L'enfant présentait les symptômes suivants : le vi-

sage était gonflé et pâle, les glandes maxillaires et axillaires tuméfiées ; une éruption de petites pustules s'étendait autour de l'œil gauche, depuis le sourcil jusque sur la joue ; les paupières et la sclérotique de l'œil droit injectées; peu d'appétit, la digestion difficile, de la tristesse. J'ordonnai la décoction de deux, puis de trois feuilles de noyer, à prendre une ou deux fois chaque jour. Après l'usage de cette décoction, l'appétit se montra, les digestions furent plus faciles, la malade reprit de la gaieté, il y eut deux ou trois évacuations alvines par jour. Le 15 juillet, je revis la malade, que je trouvai beaucoup mieux et à laquelle je recommandai de continuer son traitement. Elle le fit en effet jusqu'à la fin d'octobre, où je la revis pour la troisième fois, et la trouvai gaie, ayant un bon teint. Toute éruption avait disparu, ainsi que la fatigue de la vue ; les fonctions en général étaient revenues à leur état naturel. Elle me dit cependant que depuis quelques jours il lui était venu, à l'épaule gauche, une petite tumeur ; je lui dis de continuer encore le même traitement, et en janvier 1844 elle était complétement guérie, quoiqu'elle fût toujours très-misérablement nourrie. Depuis elle n'a jamais souffert, ni de scrofules, ni d'aucune autre maladie.

Obs. V.—De Lorenti (Carlo), né à Parme, scrofuleux, souffrit constamment de 6 à 12 ans, soit d'une ophthalmie des deux yeux, soit de douleurs abdominales. En juin 1845, à l'âge de 12 ans, il eut recours à mes conseils, tous les remèdes employés par lui jusqu'à cette époque ayant été inefficaces. Cet enfant avait les paupières très gonflées, le globe des yeux couvert de traînées blanches, avec des taches épaisses de la même couleur qui cachaient presque la pupille et l'iris de chaque œil ; il voyait à peine ; le visage était pâle et bouffi, le ventre gonflé. Je lui fis prendre chaque jour la décoction de quatre feuilles de noyer, puis de cinq, et enfin de six et de huit. Moyennant l'usage de cette boisson, durant huit mois, il fut guéri entièrement ; il ne lui resta que quelques petites taches blanches sur la cornée, ce qui nuisait un peu à la vision.

Obs. VI. — Giacinto, de moyenne condition, âgé de 12 ans, né de parents scrofuleux, frère de sept enfants morts de cette maladie, était toujours souffrant, tourmenté de douleurs de ventre, affecté de temps en temps de vomissements. Le 19 juin 1843, il vint me consulter : il avait le visage pâle, bouffi ; l'air triste ; les glandes de l'aisselle droite étaient abcédées ; le ventre était enflé et douloureux. L'enfant a de la répugnance pour tous les aliments humides, il n'a pas d'appétit, ses digestions sont lentes ; on remarque une petite fièvre vers le déclin du jour. Je lui fis

prendre la décoction de quatre feuilles de noyer, pendant quinze jours, ensuite je portai le nombre de feuilles à cinq, lui donnant en même temps une nourriture fortifiante.

Le 22 juillet, je revis le malade : son teint était meilleur ; son visage, qui n'était plus bouffi, avait une expression de gaiété ; le ventre était moins enflé et moins douloureux ; l'enfant mangeait et digérait assez bien, il urinait beaucoup ; les ulcères avaient meilleur aspect. Comme il refusait de continuer l'usage de la décoction, je lui fis préparer des pilules d'extrait de feuilles de noyer, de deux grains chacune, et lui ordonnai d'en prendre dix chaque jour ; je lui donnai aussi un onguent composé de deux parties de graisse et d'une d'extrait, pour panser les plaies.

Le 19 août, il n'éprouvait plus que quelques légères et rares douleurs dans le ventre, et n'avait plus que deux ulcères d'une profondeur moindre ; l'appétit était très-bon. Il continua ce traitement jusqu'à la fin de décembre, époque à laquelle il se trouva complétement guéri. Ce jeune homme jouit depuis ce temps d'une bonne santé, ainsi que je m'en suis assuré il y a trois jours, c'est à dire le 16 mars 1846.

Obs. VII. — Giuseppa, âgée de 10 ans, née d'une mère scrofuleuse, me consulta, en novembre 1843, pour une tumeur qu'elle avait sur le sternum, *à l'insertion des troisièmes côtes,* tumeur qui était de la grosseur d'un œuf de dinde ; elle n'avait pas d'autre incommodité. La tumeur présentait les caractères qui s'observent tous les jours chez les sujets prédisposés aux affections scrofuleuses. Les joues étaient colorées, les lèvres plutôt pâles et proéminentes, la figure pleine, les cheveux châtains, gros et courts, la peau fine et blanche. Je voulus essayer l'emploi extérieur de l'extrait de feuilles de noyer, et je prescrivis un onguent formé de deux parties de graisse et d'une d'extrait, avec lequel on devait frictionner la tumeur deux ou trois fois le jour.

Ce traitement fut continué pendant plusieurs mois, mais les effets furent nuls. La tumeur s'amollit et suppura ; la plaie prit de suite tous les caractères scrofuleux. L'année suivante, au commencement de mai, la malade vint de nouveau me consulter pour une plaie qui s'agrandissait, et qui, comme elle me l'assurait, lui causait beaucoup de douleur, et prenait un mauvais aspect à certaines périodes lunaires déterminées. Je lui conseillai d'avoir recours à la décoction de quatre feuilles de noyer, ou de deux ou trois fruits. Dans le mois de juin suivant, son père, pour s'épargner l'ennui d'une préparation journalière, fit provision d'une certaine quantité de feuilles avec des petits fruits, et en

prépara plusieurs bouteilles, dont il lui donnait à boire une bonne tasse chaque jour. La première provision finie, il en prépara successivement d'autres, toujours avec les feuilles et les fruits. Au mois de décembre, de la même année, il eut le bonheur de voir sa fille parfaitement guérie. L'ulcère avait été pansé seulement avec un onguent adoucissant.

Obs. VIII. — Rosa, fille d'une mère scrofuleuse, ayant perdu une sœur, âgée de 10 ans, d'une phthisie tuberculeuse, était défigurée par une énorme enflure des lèvres, recouvertes de boutons et de croûtes grises. Le nez était gonflé et rouge, les paupières injectées ; le visage maigre et pâle. Elle avait déjà fait inutilement usage de différents remèdes. Le 3 juin 1843, elle vint me consulter ; je lui fis prendre la décoction de feuilles de noyer. En moins de trois mois, l'enflure et les boutons disparurent, le teint devint bon. Je lui conseillai de continuer pour prévenir une rechute ; ce qu'elle fit, et maintenant elle est en parfaite santé.

Obs. IX, X, XI, XII. — Clara, Eugenia, Maria et Giacomo Fonino, dont les frères et les sœurs étaient tous morts de maladies scrofuleuses, vinrent me consulter en juin 1843 ; ils étaient affectés des indispositions suivantes :

Clara, âgée de onze ans, avait la figure pâle et bouffie ; elle maigrissait. Elle avait le ventre gonflé et douloureux, très-sensible à la moindre pression ; elle était sans appétit, et avait une petite fièvre qui se manifestait de temps en temps au milieu du jour. Eugenia, âgée de 7 ans, avait aussi le visage pâle et gonflé, les paupières rouges et enflées, le ventre gros et douloureux à la pression ; elle n'avait pas d'appétit. — Maria, âgée de 5 ans, d'une constitution rachitique, présentait les symptômes d'un commencement de phthisie tuberculeuse. — Et. Giacomo, âgé de 4 ans, avait le ventre tuméfié, les lèvres rouges et malades ; la lumière lui était pénible, il manquait d'appétit, il était sujet aux fièvres saburrales.

Soumis, tous les quatre à l'usage des feuilles de noyer, ils furent tous guéris de l'affection scrofuleuse. Clara est maintenant d'une forte santé, elle est vive et joueuse ; elle a très-bonne mine, quoique toujours un peu pâle. Eugenia mourut, l'année suivante, de la variole. Maria est d'une bonne santé, bien qu'elle soit restée rachitique, par suite d'une déviation de la colonne vertébrale. Giacomo est toujours un peu pâle ; mais il est d'une bonne santé, et ne souffre plus de fièvres saburrales. L'année suivante, à ma sollicitation, ils ont eu recours à la même décoction pendant le mois de juillet.

Obs. XIII. — (communiquée par M. le professeur Beata). — Giovani Avignone, né à Avrea, âgé d'environ 17 ans, né de parents soupçonnés scrofuleux, fut transporté à l'hôpital civil d'Ivrea en 1844. Il était affecté de gonflements scrofuleux des glandes maxillaires et cervicales; deux de ces glandes étaient déjà le siége d'ulcères d'un vilain aspect. Il y avait des douleurs abdominales qui indiquaient l'affection des glandes mésentériques, une fièvre légère, presque habituelle, et un sensible amaigrissement. On prescrivit un régime convenable, et l'usage du muriate de chaux matin et soir. Ce traitement fut continué pendant plus d'un mois, sans produire le moindre effet. On pensa alors à la baryte, qui fut prise de la même manière; puis on fit faire en même temps des applications de pommade d'hydriodate de potasse sur les glandes endurcies; on fit mettre aussi des cataplasmes émollients, et on pansa les ulcères avec de l'onguent digestif animé par quelques grains d'oxyde rouge de mercure. Ce traitement ne produisit encore aucune amélioration, bien que suivi pendant plus d'un mois. Après toutes ces tentatives infructueuses, vers le mois de juillet, on pensa à la décoction des feuilles et des fruits du noyer, recommandée par des médecins français, et qui, dans les mains du docteur Borgiali, avait produit des effets merveilleux sur un autre jeune homme horriblement maltraité par le même mal. On donna d'abord les décoctions avec les feuilles et les fruits de noyer, à la dose de 4 onces chaque matin. Ce remède fit éprouver au malade quelques évacuations alvines, et surtout un sensible accroissement des forces digestives. En résumé, sous l'influence de ce traitement, aidé d'une nourriture plus fortifiante, et de quelques exercices du corps, la tuméfaction des glandes tuméfiées disparut en cinquante jours; les ulcères se cicatrisèrent, et le malade sortit de l'hôpital dans un état de guérison complet.

La lecture attentive des faits rapportés par les médecins allemands et italiens fait naître dans mon esprit les remarques suivantes:

Les quatre praticiens font un *éloge complet* de la médication; ils la préfèrent de beaucoup à toutes celles dont ils avaient fait usage jusque-là. Ils s'accordent *tous* à la reconnaître comme inoffensive; son action, pour eux, a été presque constante, et moins lente que je ne l'avais signalée.

En second lieu, si j'examine les faits particuliers à chacun de ces médecins, je remarquerai :

1° Que les docteurs italiens emploient à peu près indifféremment les feuilles et les fruits du noyer; que le docteur Borgiali

attribue de moindres effets à l'extrait de feuilles de noyer, et ne s'en sert, en hiver, qu'à défaut de feuilles fraîches.

Les mêmes docteurs Beata et Borgiali ont remarqué la fréquence des déjections alvines au début du traitement, ce que je n'avais pas observé à Angers, phénomène qui provient sans doute de ce qu'ils ont prescrit à leurs malades une plus grande quantité de la décoction fraîche (pluiseurs livres par jour). Au reste, le docteur Borgiali, qui a suivi avec exactitude les errements tracés du traitement, n'a rien signalé d'important et de nouveau ; les faits qu'il rapporte ont été choisis dans l'intention avouée de préconiser le traitement. Il eût été préférable qu'au point de vue de l'étude de cette nouvelle médication, il eût donné l'ensemble des faits de sa pratique pendant une période de deux années, par exemple. Tel qu'il est, son travail a bien moins d'importance, selon moi, que celui de M. le professeur Nasse. Je range les faits rapportés par le docteur Kreutzwald dans la même catégorie que ceux du docteur Borgiali, et pour la même raison.

Il n'en est plus de même du professeur de Bonn. Ce médecin a fait ce qu'il était désirable de voir faire par quelques-uns de nos praticiens distingués, à la tête d'un hôpital réunissant un grand nombre de scrofuleux. Malheureusement, chez nous, les services médicaux changent de personnel à chaque trimestre, et nous voyons trop rarement deux praticiens adopter et suivre le thème préparé par un collègue prédécesseur. Aujourd'hui que M. Nasse a fait de l'examen du traitement des scrofules par les préparations de feuilles de noyer la matière de ses leçons, dans une université jouissant d'une haute réputation, il est à présumer que ni la longueur du temps, ni les exigences d'un traitement régulier, ni même la vulgarité de la médication, ne seront des raisons capables de la faire négliger ou même rejeter.

En réunissant les observations rapportées par le docteur Kreutzwald, aux faits qui font la base du travail du professeur Nasse, le nombre des enfants traités par le noyer s'élève à 127. Je compte sur ce nombre 47 guérisons promptes, solides, c'est-à-dire sans rechutes : c'est plus du tiers des malades traités.

Le chiffre des scrofuleux dont j'ai donné l'histoire dans mes deux mémoires n'est que de 70. Le nombre des sujets que j'ai cités comme guéris est plus considérable relativement que celui du professeur de Bonn ; il dépasse la moitié du nombre total. Aurais-je été plus habile ou plus heureux ? Certes il n'en est rien ! la différence ne provient ici que de ce que j'ai suivi mes malades plusieurs années de suite, et que, sur les bords du Rhin,

le traitement a le plus ordinairement cessé avec la disparition des feuilles fraîches du noyer.

A Angers, je remarque que les améliorations dans les symptômes se sont fait attendre plus longtemps qu'à Bonn, et bien plus encore en les comparant aux faits du docteur Borgiali. Il est facile peut-être de trouver la raison de cette différence. Les malades dont j'ai rapporté l'histoire étaient, pour la plupart, gravement atteints : un tiers au moins étaient affectés de caries osseuses, de gonflements des grandes articulations, avec plaies fistuleuses pénétrant dans les capsules synoviales ; tandis que les petits malades du professeur Nasse n'offraient pour la plupart, comme ceux du médecin italien, à l'exception d'un ou de deux, que des symptômes généraux de l'affection, ou seulement quelques légères atteintes, et non des désordres locaux profonds qui ne peuvent être modifiés et guéris qu'après une lente et complète régénération du sujet.

J'ai signalé plusieurs sujets scrofuleux qui ont été complétement rebelles à l'action du traitement : des faits semblables ont été notés à Bonn ; à Angers, ces faits sont un peu moins nombreux relativement.

Dans la clinique du professeur Nasse, le nombre des malades dont l'état a été *grandement* amélioré est plus considérable que celui que j'ai noté pour les faits qui me sont propres. C'est encore dans la gravité des désordres qu'il faut chercher la raison de cette différence, comme aussi de la plus grande proportion des décès qu'on remarque dans mes deux mémoires.

Un fait extrêmement important ressort particulièrement des observations de MM. Kreutzwald et Nasse, c'est que la presque totalité des malades qu'ils ont traités et guéris par l'usage des feuilles de noyer avaient été antérieurement traités *infructueusement* par l'huile de foie de morue.

A Angers, il m'était impossible de faire cette expérience comparative ; d'abord parce que cette médicamentation nouvelle, et d'une administration difficile, était à peine connue en 1837, puis enfin parce qu'ayant trouvé un moyen de curation satisfaisant, il était inutile alors que j'en cherchasse un autre beaucoup plus dispendieux, considération importante dans les hôpitaux.

Cependant j'ai eu recours plusieurs fois à l'huile de foie de poisson ; ce moyen m'a paru particulièrement efficace dans les cas de carie, chez les sujets amaigris par de longues souffrances. Dans ces cas, j'ai presque toujours associé les deux moyens : les décoctions de feuiles de noyer fraîches, et l'huile donnée par cuillerée à bouche, matin et soir.

Il est encore une remarque à faire sur les faits des praticiens allemands. Ils ont employé avec succès les feuilles de noyer, pour des symptômes que je n'avais rencontré qu'en trop petit nombre de fois pour en tenir compte dans mes corollaires : je veux dire les écoulements leucorrhoïques des organes sexuels chez les petites filles, les exanthèmes du cuir chevelu et de la face. Depuis que je connais les faits de MM. Nasse et Kreutzwald, je n'ai pas eu l'occasion de traiter les écoulements des enfants par le traitement général dont il est question ; mais j'ai conseillé un grand nombre de fois, avec des avantages marqués, les injections vaginales et utérines avec la décoction de feuilles de noyer, chez des femmes affectées de flux blanc, comme aussi dans les cas de relâchement du vagin, d'abaissement de l'utérus, et même dans les cas d'érosions et de granulations sur les lèvres du col.

Je puis rapporter un fait nouveau pour moi, c'est la guérison radicale d'une teigne faveuse par le traitement des feuilles de noyer ; voici le cas :

Obs. — Une jeune fille de Saint-Laud, âgée de 10 ans, orpheline, me fut amenée, il a deux ans environ ; elle était affectée d'un favus recouvrant tout le crâne. Effrayée, avec juste raison, des douleurs du traitement par l'arrachement des cheveux (la calotte), elle me promit d'être patiente, et d'exécuter religieusement mes prescriptions. Le traitement consista en trois verres d'infusion de feuilles de noyer fraîches dans les vingt-quatre heures. On rasa exactement deux fois par semaine. Les cheveux enlevés, on lotionna, deux fois chaque jour, le cuir chevelu, avec une forte décoction de feuilles de noyer, et on la recouvrit d'un cataplasme de farine de graine de lin délayée avec la même décoction de noyer. Souvent, après le passage du rasoir, on enduisit la tête d'huile d'amandes douces. Les cataplasmes n'étaient placés le plus ordinairement que la nuit. On fit aussi, pendant *une semaine*, et chaque jour, une lotion avec l'eau de suie ; c'est le seul médicament étranger au traitement par le noyer, qui ait été employé. Le régime se composa d'un repas de viande chaque jour, d'eau et de vin, ou de bière pour boisson. Le traitement a exigé environ dix-huit mois.

Ce fait a une certaine valeur, et si des succès semblables se multipliaient, cette application nouvelle, empruntée aux médecins allemands, serait une importante conquête thérapeutique.

Bien que j'aie résolu de ne rapporter dans ce Mémoire que des faits empruntés, afin de cesser d'être à la fois partie et juge, je puiserai cependant encore deux faits parmi les observations

que je n'ai pas cessé de recueillir depuis la publication de mon deuxième Mémoire. Le premier surtout est trop remarquable pour l'enfouir avec les autres : il appuie parfaitement mes assertions sur l'importance du traitement par le noyer, dans les affections scrofuleuses des yeux, qui sont encore un des écueils pour les chirurgiens-oculistes. Voici ce premier fait :

Ier Fait. — Émilie B..., âgée de 10 ans et 1/2, demeurant faubourg Bressiques, est née de parents sains. Une de ses sœurs a, comme elle, souffert, pendant plusieurs années, d'une affection scrofuleuse des yeux, qui ne cessa qu'à l'époque de la nubilité : elle a longtemps conservé des taches albuginées sur les cornées. — Émilie B... est mince, maigre : son enfance a été exempte de maladies sérieuses. Avant 1848, elle fut affectée d'engorgements des glandes cervicales et sous-maxillaires; quelques-unes abcédèrent spontanément, d'autres furent incisées avec le bistouri.

Dans le mois de février 1848, l'enfant fut atteinte d'une ophthalmie grave portant sur les deux yeux. Cette affection consista en conjonctivites palpébrales et oculaires, avec gonflement considérable des paupières. Il y avait photophobie douloureuse, larmoiement âcre. En écartant avec de vives douleurs les paupières, on apercevait la cornée d'une *teinte générale laiteuse* : la vue était *abolie*.

La petite malade resta *six mois* dans cet état, sans pouvoir *jamais* ouvrir les yeux, *même dans l'obscurité*. Le traitement primitif fut presque nul, plus encore par l'incurie des parents, que par le défaut de conseils rationnels. — L'enfant fut soumise au traitement par les feuilles de noyer, dès les premiers jours du mois de novembre 1848. Il consista en infusions de feuilles sèches, trois verres, avec sirop. Les yeux furent lotionnés et *injectés* avec un collyre composé de décoction de *feuilles de noyer* et *de belladone*. On y ajouta quelquefois un tiers de *bile de bœuf*. Ce traitement fut suivi exactement pendant trente jours.

L'amélioration ne se fit pas attendre bien longtemps. Le douzième jour, l'enfant ouvrait les yeux, et supportait une lumière modérée. Les cornées étaient grisâtres, l'enfant ne distinguait pas une pièce de monnaie.

Vers le trentième jour, l'état de la vue s'était amélioré au point que la petite malade pouvait se diriger. Au mois de février, elle lisait sans fatigue; aujourd'hui elle travaille de l'état de lingère. De tout le dépôt leucomateux des cornées, il ne reste plus, sur chaque œil, qu'une tache albuginée fort petite,

située en dessous et en dehors de l'axe de la vision, pour un œil, et en dessous et en dedans, pour l'autre

Le traitement général a été continué deux ou trois mois. Il sera repris en 1849, pendant toute la saison des feuilles de noyer.

Le second fait, que j'aborde immédiatement, n'est rapporté que parce qu'il est un nouvel et rare exemple de l'inefficacité du traitement, du moins, pour un symptôme local de la maladie scrofuleuse.

IIe Fait. — Jacques G.. , âgé de 3 ans et 1/2, enfant aux formes délicates et gracieuses, lymphatico-sanguin, fut affecté de gonflement au pouce de la main droite, et au doigt indicateur de la main gauche ; il n'avait encore que 14 mois. Bientôt les chairs qui recouvraient les os malades et très-gonflés, furent atteintes ; elles s'ulcérèrent, et les plaies fistuleuses laissèrent passer, de temps à autre, des particules des os cariés.

Il y avait six mois que les choses étaient dans cet état quand l'enfant me fut apporté. Il était chétif, maigre, souffrant ; ses digestions étaient mauvaises, son sommeil le plus souvent troublé ; il toussait. Avant d'aller plus loin, je signale ici que sa mère et sa grand'mère sont mortes phthisiques, la première à 30 ans, l'aïeule à 60.

Le petit malade fut soumis à l'usage des feuilles de noyer, en infusions édulcorées avec le sirop, de trois à six tassses à café par jour ; il aimait cette boisson et en prenait même en mangeant.

Les effets du médicament furent très sensibles sur le système général. Le petit malade devint actif, bruyant ; son appétit fut énergique, il prit bientôt de la force et de l'embonpoint ; il marcha seul avec fermeté, ce qu'il n'avait fait encore. L'effet des préparations du noyer sur les caries et les plaies *fut nul* pendant un an que continua le traitement presque sans interruption, et cependant les lotions, les bains locaux, sans la décoction, étaient exactement renouvelés chaque jour.

L'enfant avait 3 ans ; il était vigoureux, très-intelligent, en parfaite santé, sauf les caries aux doigts, quand je le mis à l'usage de l'huile de foie de morue. Il en prit la quantité de trois cuillerées à café chaque jour : d'abord, ce fut sans une trop grande répugnance, mais après un mois de son usage, à chaque cuillerée, c'était une révolte du pauvre enfant. L'huile fut cependant continuée environ quatre mois ; la quantité ingérée peut être évaluée à 6 ou 700 grains.

Aujourd'hui, 1er juillet 1849, l'enfant est guéri depuis un mois. Le pouce de la main droite n'est pas très-déformé, il est

un peu raccourci et plus gros à la base qu'il ne devait être ; il est mobile dans toutes ses articulations. Il n'en est pas de même au doigt indicateur de l'autre main, qui portait deux plaies : ce doigt ne peut être ni fléchi ni étendu, il est dévié fortement vers le pouce ; resserré au milieu, il est gros, au-dessous et au dessus des cicatrices profondément adhérentes. Ce membre inutile et difforme, se déjetant aisément à droite et à gauche, devra être retranché : le père de l'enfant veut attendre un âge plus avancé.

Le petit malade continuera l'usage des infusions de noyer, chaque année, pendant la belle saison.

Ce véritable succès de l'huile hépatique me ramène naturellement aux observations des médecins allemands, qui semblent l'avoir employée inutilement dans presque tous les cas qu'ils ont rapportés. La raison de cet insuccès ne proviendrait-elle pas de ce qu'ils n'ont fait usage du médicament que pour combattre des affections du système lymphatique ou de la peau ? Et selon mes remarques encore peu nombreuses (quatre cas), l'huile n'a produit de bons et prompts effets que dans les cas d'affection des os, de leurs cartilages et ligaments ; tandis qu'alors les préparations de feuilles de noyer n'ont agi que bien lentement, et dans quelques circonstances n'ont pas produit d'effets locaux appréciables. Et en effet, dans les dix cas rapportés par le docteur Kreutzwald, il ne s'en trouve qu'un seul signalant une carie de la clavicule. M. le professeur Nasse ne parle que d'un seul fait de maladie des os (rachitisme) venant compliquer les autres symptômes scrofuleux ; il ne cite aucun cas de carie des articulations semblable à ceux que j'ai produits en grand nombre.

Il en est identiquement de même des cas du docteur Borgiali. Ce médecin ne rapporte non plus qu'un seul fait de gonflement avec suppuration des têtes articulaires du gros orteil (c'est la 4me observation de son mémoire). Par contre, les trois praticiens étrangers ont signalé *unanimement* les excellents effets du traitement par les feuilles de noyer, dans les cas d'affection scrofuleuse de la peau et du cuir chevelu, le favus, l'*impetigo capitis*, les éruptions muqueuses et croûteuses de la face et du conduit auditif avec otorrhée, les inflammations des paupières, les conjonctivites palpébrale et oculaire, les flux blancs des parties génitales, les tuméfactions des ganglions lymphatiques, sous-maxillaires, du cou, des aisselles, des aines, de ceux du mésentère.

De l'examen des faits rapportés par les trois médecins précités, de l'examen des observations détaillées, tant de celles publiées dans mes deux mémoires de 1841 et 1844, dont la plupart des sujets ont été suivis jusqu'à ce jour, que des faits observés depuis

cette époque et non publiés, dont je puis porter le nombre à trente, je me crois autorisé à formuler les corollaires suivants, que j'emprunte presque en totalité à mon deuxième mémoire. Cependant, comme on le verra, quelques unes des conclusions que j'avais présentées en 1844 ont été modifiées : elles sont peu nombreuses; d'autres ont été ajoutées, et je reconnais que des modifications ont eu lieu sous l'influence des faits recueillis par les praticiens distingués dont j'ai rapporté les travaux : elles constitueront, s'il y a lieu, tout le mérite de ce troisième mémoire.

Corollaires. — 1° Les affections scrofuleuses sont, en général, radicalement guéries par les préparations de feuilles de noyer.

2° L'action de cette médication sur l'économie est assez constante pour qu'on puisse compter sur la guérison du plus grand nombre des sujets traités par ce moyen thérapeutique.

3° L'influence des préparations de noyer est lente, inoffensive, durable.

4° Les premiers effets du traitement sur l'économie sont généraux ; son influence locale vient après.

5° Les affections scrofuleuses de la peau, des muqueuses, du système des vaisseaux et ganglions lymphatiques, sont guéries aussi facilement, aussi promptement et plus sûrement par les préparations de feuilles de noyer, que par toute autre méthode connue actuellement.

6° Les affections des systèmes osseux, cartilagineux et ligamenteux, ayant le vice scrofuleux pour principe, sont quelquefois guéries radicalement par les seules préparations de feuilles de noyer. Les sujets lymphatiques en éprouvent toujours de bons effets ; les modifications profondes qu'ils en ressentent entraînent souvent la guérison des caries des os et de leurs annexes. Ces mêmes affections osseuses, chez les sujets secs et nerveux, ne sont pas sensiblement modifiées par le traitement ; l'huile hépatique est préférable alors, associée aux infusions de feuilles ou de fruits du noyer (le brou de la noix).

7° Les ophthalmies scrofuleuses sont sûrement et promptement guéries par un traitement ayant pour base les préparations de feuilles de noyer.

Aux préparations déjà connues, j'ai ajouté un *vin* dit *de noyer*. On le prépare en faisant macérer de 50 à 60 grammes de feuilles fraîches, ou dix à douze noix recouvertes de leur drupe, coupées en fragments, dans un litre de vin de Malaga ou de Lunel ; en hiver, on prépare ce vin avec 15 à 20 grammes d'extrait par

litre. Il se donne par cuillerées, matin et soir, après les repas.

Les collyres ont été modifiés : la thridace et la belladone (extraits) ont remplacé l'opium ; je fais dissoudre de 10 à 20 centigrammes d'extrait par 30 grammes de décoction de feuilles de noyer.

---

6. *Nouvelles observations des bons effets de l'emploi des semences du phellandrium aquaticum dans le traitement de la phthisie pulmonaire ;* par M. Sandras, médecin de l'hôpital Beaujon.

(Bulletin général de Thérapeutique, mars 1850.)

Vous avez inséré, mon cher confrère, dans les derniers numéros de votre *Bulletin*, une note de M. Valleix, sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les semences du phellandrium aquaticum. A l'appui des doutes que l'auteur élève sur la valeur de ce traitement, il rapporte des histoires de malades observés dans son service. Permettez-moi de présenter à mon tour les faits comme je les vois, et de les exposer à ma manière au public médical appelé à nous juger.

Depuis plus de quinze ans que je pratique en grand dans nos hôpitaux, je n'ai pas manqué d'observer des phthisies. Les effroyables ravages que cette maladie exerce sur toute notre population, et mon penchant habituel à m'occuper surtout des maladies chroniques, m'ont conduit naturellement à rechercher : 1° s'il y avait possibilité d'arriver quelquefois à obtenir la guérison de la phthisie ; 2° s'il y avait espoir fondé de soulager du moins ceux que cette maladie consume ; 3° par quels moyens efficaces on peut arriver méthodiquement au premier, et subsidiairement au second de ces résultats.

Sur le premier point, quelques faits que j'ai personnellement suivis, et un très-grand nombre d'autopsies ont répondu affirmativement. *Je connais des phthisiques qui ont guéri.*

Un jeune Italien, traité à l'Hôtel-Dieu (Annexe), est, au bout de plusieurs mois, reparti pour son pays, emportant une vaste caverne parfaitement cicatrisée, et d'ailleurs les poumons sains, autant que le rétablissement général des forces et les signes physiques permettent de le juger.

Des adultes, après avoir eu des cavernes incontestables, m'ont fourni progressivement tous les signes physiologiques et physiques qui indiquent une oblitération complète des excavations qui s'étaient faites au sommet d'un de leurs poumons.

Ces preuves vivantes sont corroborées par un très-grand nombre d'autopsies cadavériques. Les poumons de sujets qui succombent plus tard par d'autres causes montrent des cavernes cicatrisées,

ou froncées, ou béantes, environnées de quelques tubercules enkystés, isolés et passés ou non à l'état crayeux.

Il y a donc possibilité de guérison, même dans cette maladie arrivée au degré que caractérise la fonte des tubercules.

Ce que j'ai vu sur le vivant et sur les cadavres démontre que cette guérison peut être espérée quand une portion peu étendue des poumons est envahie par l'affection tuberculeuse; quand, l'élimination des tubercules ramollis étant faite, une autre portion des poumons n'est pas appelée à fondre à son tour; quand il s'établit autour du premier foyer une bonne cicatrice, ou bien que les bords de ce foyer se froncent et finissent par se réunir au moyen d'un véritable tissu inodulaire; ou quand, enfin, des tubercules rares et isolés passent à l'état de corps étrangers, inertes, d'apparence crayeuse.

Dans ces conditions, il est évident que tout ce qui contribue à amoindrir la fonte purulente des organes, tout ce qui diminue l'exhalation dans les cavernes, en enraye la consomption et contribue utilement à tenir le malade dans la seule voie possible de salut et de réparation avec le temps. C'est justement là ce que j'attribue à la phellandrie.

Quant au soulagement que les malades attendent de nous, l'expérience commune, celle de tous nos confrères, répond péremptoirement. J'y ai cru et je me suis mis consciencieusement à l'œuvre. J'ai exploré, autant que la science et la conscience me l'ont permis, tous les moyens raisonnablement conseillés pour arriver au but définitif ou provisoire, et je me suis fait ainsi, avec le temps, une méthode dont la plupart de mes malades se louent tous les jours.

Je n'ai pas voulu dire par là que mes malades guérissent en majorité, et je redis ici, parce que cela est vrai, que mes malades finissent *le plus souvent* par succomber; mais j'ai la consolation de leur rendre supportables les derniers jours qu'ils ont à vivre, de leur redonner un peu d'espoir et de bien-être, quand je ne peux pas plus, et en même temps je les maintiens dans les conditions les plus favorables pour les conserver, malgré l'affection tuberculeuse dont ils sont atteints.

J'avoue encore aujourd'hui que malgré les six observations de M. Valleix, je regarde la semence de phellandrie aquatique comme un des bons éléments de ce traitement.

Dans la note que j'avais publiée à ce sujet, j'ai eu soin de faire remarquer que je ne prétends pas faire de ce médicament une panacée contre la phthisie. La semence de phellandrie ne fait pas rétrograder et disparaître les tubercules; elle ne remplace ni

l'opium pour faire dormir et calmer le système nerveux ; ni l'acétate de plomb pour arrêter les sueurs ; ni le sulfate de quinine ou l'arsenic à petites doses pour combattre les exacerbations périodiques fébriles ; ni le tartre stibié à doses réfractées pour diminuer les vomituritions, pendant et après les grandes quintes de toux sèche ; ni les pâtes adoucissantes et calmantes ; ni les tisanes émollientes et analeptiques ; ni la jusquiame et la belladone, ou le stramoine, quand les propriétés ou calmantes ou desséchantes et calmantes, ou expectorantes et calmantes de ces substances doivent être invoquées ; ni les vésicatoires avec ou sans morphine ; ni les sinapismes ou cataplasmes sinapisés ; ni surtout le régime fortifiant, si nécessaire à ces malades. Mais au milieu de tous ces moyens, au travers de toutes ces indications, elle m'a paru trouver une place large et utile. Elle diminue, et avec un peu de persévérance, elle change la nature de l'expectoration ; par elle les crachats deviennent moins abondants, moins purulents, moins fétides et moins salés ; en même temps ils sont rendus avec moins d'efforts ; les quintes de toux sont moins pénibles et plus rares. Comme conséquence de cette action, les symptômes normaux de la consomption s'amendent, et les malades, ainsi que beaucoup me le disent tous les jours, iraient parfaitement bien s'ils ne toussaient plus du tout, et s'ils n'étaient pas si facilement essoufflés.

Depuis plus de cinq ans que je la prescris à tous les phthisiques que je traite, je n'ai pas rencontré d'occasion où j'aie eu sujet d'en regretter l'usage, et il m'a paru souvent que ce médicament avait rendu aux malades les services éminents que je viens de signaler, ce que je n'avais pas obtenu par tous les autres remèdes que j'ai essayés. La consomption est diminuée, enrayée, sinon chez tous les malades, au moins chez le plus grand nombre de ceux à qui l'on administre la phellandrie ; et ce qui me fait penser que je le dois surtout à elle, c'est que je n'arrivais pas aux mêmes avantages avant d'en avoir fait l'essai, malgré l'administration aussi méthodique que possible des autres agents de traitement que j'ai rappelés plus haut et que j'employais alors comme aujourd'hui.

Je sais qu'on objecter facilement à mon dire sur quelques exemples de guérisons obtenues à l'aide de tous ces moyens, la phellandrie comprise, une multitude d'observations négatives. J'en connais à peu près autant que personne. Mais comme je pense que dans un mal si terrible un fait positif, et surtout quelques faits positifs, sont plus encourageants que ne sont affligeants les résultats négatifs de la statistique ; comme je vois tous les

jours, non pas en masse des tuberculeux qui guérissent, mais individuellement des phthisiques qui renaissent à l'espoir, à la vie et à une sorte de santé supportable, j'ai pensé qu'il y aurait utilité de répondre à la note de M. Valleix, en mettant sous les yeux des médecins les faits de cette espèce qui se trouvaient dans mon service de Beaujon au moment où elle a paru. Afin que cet exposé fût parfaitement impartial, j'ai prié M. Caillault, mon interne, de recueillir sommairement l'histoire de tous les malades à qui je prescrivais sous ses yeux journellement la phellandrie.

Je donne ici les notes qu'il m'a remises : 1° sur les malades à catarrhes bronchiques, compliqués ou non d'emphysème et plus ou moins suspects de fontes tuberculeuses partielles ; 2° sur les phthisiques non douteux. Les premiers au nombre de 4 ; 2 femmes et 2 hommes. Les seconds, au nombre de 8 ; 4 femmes et 4 hommes.

Catarrheux.

Obs. I. — Marie Bertelage, âgée de vingt-trois ans, domestique, d'une forte constitution quoique lymphatique, et d'une santé habituellement bonne, contracta un rhume dans les premiers jours de janvier dernier. Elle n'en continua pas moins un ouvrage pénible, ne prenant aucun soin de sa maladie, lorsque tout à coup la fièvre et une vive douleur du côté droit du thorax l'obligèrent à s'aliter et à venir réclamer des secours à l'hôpital. A son entrée (8 février 1850), cette malade était dans l'état suivant : pouls plein et fréquent, la face vultueuse et légèrement cyanosée ; dyspnée considérable, la peau chaude et halitueuse, la langue limoneuse à sa base et rouge à la pointe. Par l'auscultation, on constatait du râle sous-crépitant à grosses bulles humides occupant presque toute la poitrine ; dans quelques points seulement le râle muqueux était remplacé par un râle crépitant fin et assez sec, qui se rapprochait beaucoup du râle crépitant de la pneumonie. L'auscultation démontrait sur tous les points du thorax une résonnance normale.

L'expectoration, chez cette malade, a successivement présenté les caractères suivants pendant le peu de temps de son séjour dans nos salles. D'abord elle fut composée de crachats opaques, visqueux, adhérant au vase, blanc-jaunâtres, et parfois d'une couleur légèrement verte. Puis, ils devinrent de plus en plus rares, et furent accompagnés puis remplacés complétement par une grande quantité d'un liquide mousseux, blanc, transparent, et pouvant être comparé à de la mousse savonneuse. La fièvre, le râle sous-crépitant disparurent rapidement, et permirent bientôt

de donner une alimentation assez abondante à cette malade, qui sortit parfaitement guérie le 22 février suivant.

Obs. II.—Julie Bouteillier, âgée de cinquante ans, fruitière, entrée le 5 février. Tempérament lymphatique, menstruation supprimée sans accident depuis trois années, d'une santé habituellement très-bonne. Cette femme, quinze jours environ avant son entrée à l'hôpital, fut prise, après un refroidissement prolongé pendant quelques heures, de fièvre avec toux et oppression considérable. Cet état augmentant rapidement, elle vint dans les salles, et aussitôt elle fut prise d'une violente douleur dans l'un des côtés du thorax. En outre, elle présentait une fièvre très-vive, beaucoup de dyspnée, accompagnée d'une grande prostration dans les forces; la face était pâle et légèrement bleuâtre. La poitrine offrait dans toute son étendue un râle muqueux très-fin, mêlé çà et là de râles sibilants et ronflants. L'expectoration était abondante et spumeuse à la surface du vase : mais le fond se remplissait de crachats opaques et visqueux d'un blanc sale.

Environ une semaine après son admission, le râle sous-crépitant, qui existait pourtant encore, fut remplacé, dans la partie postérieure et moyenne du poumon gauche, par du bruit de souffle. La fièvre, la faiblesse et l'expectoration persistèrent encore, sans changement appréciable, jusque vers le 20 février. A cette époque, le souffle commença à s'affaiblir, puis à disparaître. Peu à peu les forces et l'appétit revinrent; la cyanose et la dyspnée disparurent dès les premiers jours qui suivirent le commencement de l'amélioration ; et, ces jours-ci, on peut, chez notre malade, constater : fièvre légère, peau halitueuse, râle sous-crépitant dans une grande étendue des deux côtés de la poitrine; les forces sont revenues en grande partie ; l'expectoration est beaucoup moindre. L'aspect seul n'a pas changé.

Obs. III. — Jacques Thommelier, âgé de quarante-six ans, cordonnier, entré le 15 décembre 1849. Ce malade, depuis plusieurs années, est soumis, chaque hiver, à plusieurs accès d'asthme, et pendant ces attaques il est, régulièrement tous les soirs, en proie à des accès de dyspnée effrayants, qui semblaient, en quelque sorte, se terminer par l'évacuation d'une énorme quantité de crachats filants, spumeux. Et, dans le reste du temps, l'expectoration n'offrait pas le même aspect ; les mucosités liquides étaient remplacées par des crachats opaques et nummulaires.

L'auscultation, faite à certains moments, permet de constater des phénomènes qui manquent dans d'autres. Ainsi, en auscul-

tant la poitrine de ce malade pendant l'un de ses accès du soir, on entendait des râles sibilants et ronflants dans l'inspiration et l'expiration, accompagnés d'efforts respiratoires très-violents ; en un mot, quelque chose qui rappelle la coqueluche ; tandis que l'auscultation, faite dans l'intervalle d'un accès, ne laissait entendre que de légers râles muqueux et sibilants, accompagnés d'une légère faiblesse dans le murmure vésiculaire. Enfin, dans tous les instants, la percussion donnait un retentissement exagéré.

L'exploration du cœur n'a rien fait constater d'anormal.

Ce malade a demandé sa sortie le 22 février, parce que, disait-il, sa poitrine était dégagée, et qu'il se sentait la force de travailler. Toujours est-il que ses accès avaient notablement perdu de leur intensité, et que l'expectoration quotidienne avait beaucoup diminué. Les signes stéthoscopiques étaient cependant à peu près les mêmes.

Obs. IV. — Augustin Murat, âgé de cinquante ans, entré le 4 février. Ce malade est excessivement nerveux. Il a été très-souvent tourmenté par des névralgies, et tousse depuis six semaines environ. En même temps il s'inquiète et se tourmente au sujet de sa maladie, comme le ferait un hypocondriaque. Depuis un mois, il a, dit-il, beaucoup maigri, ses déjections sont très-pénibles. En outre, il souffre beaucoup de la tête, et derrière le sternum.

A son entrée, sa poitrine fut examinée avec soin, on ne rencontra que de légers râles muqueux et sibilants dans les grosses et moyennes bronches.

Soumis, dès son arrivée, à la phellandrie, il fallut, dans le cours de son traitement, y associer des préparations antispasmodiques, à cause de plusieurs accidents nerveux qui se sont montrés, tels que des spasmes, des accès de suffocation qui cédèrent facilement à l'usage de ces moyens. L'affection pulmonaire s'améliora rapidement, les quintes et les douleurs sternales disparurent presque complètement. En même temps l'expectoration se modifiait, les crachats opaques et muqueux devenaient plus rares ; la sécrétion de mucosités filantes et spumeuses, abondante d'abord, persista un peu plus longtemps, et diminua également.

Maintenant ce malade ne souffre plus ; il se lève toute la journée, et se dispose à sortir avant la fin du mois.

Tuberculeux.

Obs. V. — Adolphe Haudebourt, âgé de vingt-trois ans, tailleur, entré le 8 février. Cet homme, d'un tempérament scrofu-

leux, est faible et mal constitué, d'une origine tuberculeuse. Il nous raconte que depuis trois mois il tousse et crache parfois de grandes quantités de sang. On constate une caverne de moyenne étendue, au sommet du poumon droit. Il est dans un état d'amaigrissement très-considérable, excessivement affaibli ; les quintes de toux l'empêchent de dormir ; quelquefois, pendant un accès de toux, il rejette ses aliments. Sueurs nocturnes très-copieuses, qui l'obligent à changer de linge.

Dans les premiers jours qui ont suivi l'admission de ce malade dans les salles, l'amélioration fut évidente ; l'expectoration, au dire du malade lui même, diminua notablement ; les sueurs furent moins abondantes, et malgré plusieurs hémoptysies qui revinrent plusieurs jours de suite, il sentit ses forces s'accroître ; peu à peu il se leva une partie de la journée et demanda trois portions.

Les crachats, examinés attentivement tous les jours, perdirent de leur viscosité et commençaient à devenir en grande partie filants et mousseux, lorsque ce malade, se croyant presque guéri, demanda sa sortie le 24 février.

Obs. VI. — Louis Crépin, âgé de dix-neuf ans, serrurier, entré le 22 janvier. Tempérament lymphatique, grand, élancé, la poitrine étroite. Ce malade se mit, il y a quatre mois, à tousser sans cause occasionnelle appréciable, d'une manière peu gênante d'abord, puis très-rapidement la toux prit une grande intensité et s'accompagna de sueurs nocturnes ; c'est alors que le malade vint à l'hôpital. Dès son arrivée, on constata une caverne au sommet du poumon droit, des craquements et de l'expiration prolongée dans le poumon gauche. La dyspnée et la toux le gênaient horriblement ; il demandait surtout qu'on essayât de diminuer ces symptômes, qui lui rendaient le sommeil impossible. Parfois, enfin, il avait un peu de diarrhée.

Pendant presque tout son séjour, l'expectoration fut examinée : on ne put constater de grandes améliorations ; le malade lui-même n'en reconnaissait pas de notables. Il annonçait pourtant un grand soulagement dans les deux symptômes qui l'incommodaient si vivement, c'est-à-dire l'oppression et la toux. Mais les sueurs et les crachats n'offraient pas de changements notables.

Obs. VII. — Cassel, âgé de cinquante ans, domestique, entré le 12 février. Grand et maigre, mais d'une santé habituelle assez bonne, ce malade, dont les antécédents n'offrent rien de remarquable, dit être indisposé depuis le mois d'octobre dernier : il tousse depuis ce temps et crache aujourd'hui des crachats opaques, épais et visqueux. A l'auscultation, on trouve sous les

clavicules de légers craquements, avec un peu de faiblesse dans le bruit respiratoire.

L'amaigrissement et la faiblesse sont considérables. Depuis son séjour dans nos salles, ce malade se trouve plus fort, il dit que l'expectoration a changé de caractère, qu'elle est moins spumeuse et moins blanche qu'autrefois, et qu'en effet, maintenant, ses crachats sont épais et opaques, mais qu'en résultat il expectore beaucoup moins qu'avant son entrée.

Obs. VIII. — Adolphe Rozan, trente trois ans, employé, entré le 27 décembre 1849, avec des signes de phthisie évidents, par du souffle caverneux au sommet des deux poumons et déjà avec des sueurs nocturnes très abondantes, et une expectoration nummulaire tellement intense, que ce malade dit qu'il remplissait en vingt quatre heures son crachoir.

Par le traitement de la phellandrie, combiné avec de l'acétate de plomb, les sueurs colliquatives et l'expectoration énorme de ce malade furent complétement supprimées. Cet homme qui s'observait avec beaucoup de soin, et qui redoutait excessivement son affection pulmonaire, s'en est allé guéri le 19 février ; guéri en effet de ces deux grandes manifestations de la phthisie, des sueurs abondantes et l'expectoration, mais offrant toujours, comme signes pathognomoniques, les signes fournis par l'auscultation et l'excessive facilité avec laquelle le moindre mouvement le mettait hors d'haleine.

Obs. IX. — Joséphine Gaudry, âgée de trente-sept ans, entrée le 5 février 1850. Cette malade, d'un tempérament lymphathique, est grande et bien développée ; elle a toujours été bien portante et bien réglée jusqu'à l'an dernier, époque à laquelle elle contracta un rhume qui, dit elle, ne s'est jamais guéri. Dès le début, elle vint à l'hôpital Beaujon, elle y séjourna environ six semaines, et sortit dans un état voisin de la guérison ; la toux et l'oppression étaient presque disparues. Néanmoins, de nouveau les accidents premiers revinrent, et dès lors, cette femme ne cessa de souffrir et de présenter des symptômes évidents de phthisie. La menstruation, qui se supprima brusquement au début, n'est jamais apparue depuis.

Le 5 février dernier, au moment de son entrée, cette malade offrait encore un embonpoint médiocre, son visage est parfois fortement coloré au niveau des pommettes, d'autres fois couvert d'une pâleur assez prononcée. La fièvre ne se montre que de temps à autre, encore est-elle peu intense. A l'auscultation, on trouve, dans le tiers supérieur du poumon gauche, un bruit de craquement léger, mêlé de râles muqueux abondants,

ainsi qu'une diminution dans la résonnance du même côté. Le reste de l'appareil respiratoire paraît encore à l'état normal. La malade se plaint vivement de douleurs vagues, siégeant tantôt à l'épigastre, tantôt au niveau des omoplates, tantôt enfin de douleurs musculaires dans les parois thoraciques. En outre, depuis environ un mois, des sueurs nocturnes l'affaiblissent, et des quintes de toux lui permettent difficilement de reposer la nuit. En interrogeant cette femme, et en remarquant nous-même l'expectoration, nous avons vu que les crachats n'ont pas notablement changé, tant sous le rapport de leur aspect que de leur quantité ; toujours l'expectoration, assez médiocrement abondante chez cette malade, a été, affirme-t elle, composée de crachats blancs opaques, très-épais, et qui, quelquefois se montraient légèrement verdâtres, et d'un liquide transparent mousseux qui surnage les crachats opaques. La malade, tout en se louant beaucoup de l'amélioration apportée dans ses vives douleurs dorsales et épigastriques, et de la diminution des sueurs et d'un léger retour d'appétit, insiste néanmoins sur l'excessive variabilité de son état ; ainsi, tel jour elle se croit guérie, et le lendemain elle s'estime aussi malade que les jours précédents.

Obs. X. — Félicité Benoist, âgée de soixante-deux ans, entrée le 16 janvier 1850. Cette femme, d'une stature au-dessus de la moyenne, paraît avoir été forte et bien développée. Elle a eu neuf enfants, qui tous sont forts et vigoureux ; son retour d'âge a été assez pénible, mais néanmoins jamais elle n'a eu de maladies sérieuses.

Il y a environ trois années, elle fut pendant un hiver prise d'un rhume très opiniâtre, pour lequel elle séjourna quelque temps à l'hôpital.

Depuis ce temps elle fut facile à s'enrhumer. La saison froide ramenait toujours des accès violents de toux, accompagnés très-souvent de véritables hémoptysies. Avec ces symptômes se montre un amaigrissement lent, mais progressif, qui l'a réduite aujourd'hui à une maigreur considérable et à une faiblesse qui ne lui permet plus de vaquer aux soins ordinaires de son ménage.

A sa dernière entrée dans les salles de l'hôpital Beaujon, on constata chez cette malade une excavation de moyenne grandeur siégeant au sommet du poumon droit. Le poumon gauche offre également, au sommet et en arrière, une expiration prolongée jointe à une résonnance exagérée de la voix.

Les sueurs nocturnes ne se sont montrées que depuis son entrée à l'hôpital, au moins la malade l'affirme ainsi ; mais depuis

deux mois environ elle crache très-abondamment ; son expectoration a toujours été composée de crachats opaques et épais, avec une grande quantité de liquide spumeux, dont la quantité n'a pas diminué notablement. En outre, la faiblesse n'est pas moindre depuis son séjour dans nos salles ; seulement elle annonce de la diminution dans les douleurs sternales et thoraciques, qui la gênaient considérablement dans les moments où les quintes se montraient intenses et douloureuses. La seule amélioration bien évidente, c'est la diminution apportée dans la toux qui est moins fréquente et moins quinteuse.

Obs. XI. — Emilie Garic, âgée de vingt-un ans, couturière, entrée le 15 février. Cette fille est petite et mal constituée, d'origine tuberculeuse ; elle devint enceinte, il y a environ onze mois, et depuis ce temps sa santé, habituellement assez bonne, commença à s'altérer. Elle fut prise alors d'une toux et de douleurs dans la poitrine, qui durèrent toute sa grossesse, et aussitôt après l'accouchement, qui fut naturel, des accidents du côté de la poitrine et du côté du larynx se manifestèrent. En effet, la toux augmenta singulièrement, mais sèche et douloureuse ; puis la voix s'enroua d'abord, et bientôt la malade devint presque aphone. Cet état persista ainsi sans changement pendant un mois, et seulement quinze jours avant l'entrée de cette malade à l'hôpital, la toux s'accompagna d'une expectoration peu abondante, mais visqueuse, nummulaire et sans mucosités filantes et spumeuses.

En examinant la poitrine de cette malade, on trouva aux deux sommets des poumons respiration prolongée, avec résonnance exagérée de la voix, et parfois dans les inspirations violentes on percevait de légers bruits de craquement.

L'examen de la gorge ne fit rien rencontrer.

Pendant son séjour dans les salles, l'expectoration éprouva un seul changement, ce fut une diminution très-notable dans la quantité seulement.

L'aspect des crachats n'avait nullement changé. Au reste, la malade, peu de jours après son entrée, se félicitait sur l'amélioration des ses forces et de son appétit ; elle demande sa sortie le 22 février courant.

Obs. XII. — Marie Beaufort, vingt-deux ans, entrée le 29 janvier 1850. Grande et bien développée, d'origine non tuberculeuse. Il y a huit mois, à la suite d'un violent chagrin, elle fut prise d'un rhume qui s'accompagna dès le début de plusieurs hémoptysies très abondantes ; bientôt apparurent les sueurs nocturnes et des quintes de toux tellement violentes qu'elles étaient

accompagnées constamment de vomissements qui ne permettaient pas à la malade de s'alimenter. Aussi cette jeune fille vint-elle à l hôpital pour réclamer du soulagement dans ces vomissements incessants qui l'avaient jetée dans un état de faiblesse et de maigreur excessive ; le moindre mouvement l'essoufflait au plus haut point et la jetait sur son oreiller dans un état voisin de la syncope. En auscultant cette malade, on peut constater une caverne au sommet du poumon droit, très-grande et donnant beaucoup de résonnance à la percussion.

Les règles supprimées, il y a huit mois, ne se sont jamais montrées depuis.

Pendant son séjour dans les salles, cette malade vit son état tellement s'améliorer, que non-seulement ses vomissements furent totalement arrêtés, mais qu'elle put manger deux portions ; sa figure, qui était d'une maigreur excessive, prit même un léger embonpoint, ses forces revinrent assez pour lui permettre de se lever et de se promener dans la salle ; en même temps l'expectoration, qui était excessive, devint si peu considérable, qu'au dire même de la malade on peut se dispenser de vider son crachoir pendant plusieurs jours. Les signes fournis par l'auscultation sont absolument les mêmes ; mais les sueurs et l'expectoration presque supprimées, les forces revenues en partie, ainsi que l'appétit, font nécessairement croire à la malade qu'elle touche à une guérison très-prochaine.

Tous ces malades ont été mis régulièrement, dès leur entrée, à l'usage de la phellandrie (un gramme matin et soir, mêlé avec un sirop de miel); et l'administration de ce médicament n'a point été interrompue jusqu'au jour où l'observation a été recueillie. En même temps que la phellandrie était donnée, j'ai pourvu de mon mieux aux indications spéciales qui se sont présentées.

L'histoire de la plupart de ces malades me semble très-capable d'excuser ma confiance dans la médication que je leur fais suivre, et jusqu'à ce que je connaisse un agent meilleur pour diminuer l'expectoration purulente des phthisiques, en ménageant leur sensibilité et toutes leurs fonctions de réparation, je ne cesserai de recommander à mes confrères la phellandrie aquatique. Les bons témoignages que quelques-uns m'ont déjà donnés sur ce point, et surtout les remercîments réitérés des pauvres malades, qui en ressentent les effets utiles, m'encouragent à persister dans mon opinion et à la propager encore de mon mieux.

---

7. *Iodognosie, ou monographie chimique, pharmaceutique et médicale des iodiques* ; par DORVAULT.

(Suite : *voir* t. XII, décembre 1849, p. 90 ; t. I, janvier 1850, p. 72 ; t. II, février, p. 56 ; t. III, mars, p. 59 ; t. IV, avril, p. 71.)

(Gazette médicale de Paris, n° 6 ; 1850.)

369. *Mode d'action des iodiques dans les diverses maladies où ils sont employés.* — Nous avons établi précédemment d'une manière générale que l'action dynamique des iodiques était une action fluidifiante sur les fluides humoraux. Il ne faut pas donner à cette dernière proposition un autre sens que celui que nous lui donnons réellement. Par action fluidifiante sur les humeurs, nous n'entendons point dire que les iodiques déterminent sur ces fluides à l'état physiologique une liquéfaction plus grande, mais seulement qu'ils fluidifient les coagulums produits sous une influence morbide. Nous sommes disposé à croire que les iodiques ne changent point la consistance de ces fluides sains et vivants ; qu'ils ne fluidifient le sang normal hors de l'économie que parce que ce fluide perd de son homogénéité en sortant de la veine. Peut-être donc eussions-nous été plus correct et n'eussions-nous pas donné lieu aux fausses interprétations qui ont été faites sur notre manière de voir, en dénommant anticoagulante au lieu de fluidifiante l'action dynamique des iodiques.

Faisons encore remarquer, dans le même but, que nous ne faisons pas du mot coagulation le synonyme de plastification, puisqu'au contraire nous considérons la coagulation des humeurs comme un défaut de force ou de cohésion entre leurs éléments constitutifs. La coagulation humorale, ou simplement la tendance à la production de ce phénomène, peut donner lieu ou à une plasticité apparente plus grande, mais seulement apparente, ou à une fluidité plus manifeste, selon son intensité, sa forme, etc., sans pour cela que la quantité des éléments protéiques qui donnent au sang normal la plasticité qui lui est propre soit nécessairement plus grande dans le premier que dans le second cas. Le sang qui, reçu liquide dans la palette, se prend au bout de quelques minutes en une seule masse cohérente, puis se sépare en sérum et en cruor, et le lait qui, de la fluidité qu'on lui connaît, acquiert, en devenant caillé ou acide, une consistance de gelée, n'ont évidemment pas une constitution plus riche, une homogénéité plus grande, bien au contraire, que dans leur état de fluidité naturelle.

Dans certaines maladies, le scorbut, le purpura, par exemple, où l'on pourrait attribuer l'appauvrissement du sang à la diminution de la proportion de fibrine, il n'en est rien, puisqu'au contraire les expériences de MM. Becquerel et Rodier, celles de

M. Frick, etc., ont démontré qu'elle était généralement en plus forte proportion que dans le sang normal. C'est donc, outre le changement de proportions par suite sans doute de transformations d'un principe en un autre, une dissociation des éléments protéiques des fluides humoraux et surtout du sang, qu'il faut voir dans les affections que nous venons de citer. Cette dissociation, en déterminant la contraction de la fibrine, la réduisant à l'état de grumeaux perceptibles ou non aux sens, met à nu la partie séreuse du sang, et le fait paraître ainsi, dans certains cas, plus pauvre en fibrine, tandis que dans d'autres, par une disposition différente, elle le fait paraître plus plastique. Eh bien ! il est pour nous indubitable que, dans les cachexies scrofuleuse, syphilitique, etc., il existe une dissociation des éléments des fluides humoraux, et que le mode d'action des iodiques est de rétablir leur homogénéité.

370. Il suffit donc, d'après notre opinion, pour qu'une maladie soit curable par les iodiques, qu'elle soit le résultat d'une action morbifique coagulante sur nos fluides. C'est, en effet, ce qui existe manifestement dans le goître, qui consiste en une véritable gélatinisation tuberculeuse de la lymphe du corps thyroïde ; c'est ce qui existe non moins manifestement encore dans la scrofule, qui n'est autre chose qu'une tuberculisation générale de tous les fluides de l'économie, et qui dit tuberculisation dit coagulation.

Nous ne sommes pas, d'ailleurs, les premiers qui ayons eu l'idée de la coagulation humorale dans la cachexie scrofuleuse. Bordeu, ce que nous ignorions alors que notre travail était déjà soumis au jury de la Société de médecine de Lyon, Bordeu, disons nous, l'a eue avant nous, et certes personne ne révoquera en doute son éminent savoir et sa haute sagacité. Le célèbre médecin béarnais attribue cette coagulation à une acidité qui accompagnerait la scrofule. Ainsi, indépendamment du passage relatif à l'usage des eaux minérales, que nous avons rapporté (329), et dans lequel la coagulation du sang est mentionnée, en voici d'autres qui prouvent même l'insistance qu'il mettait dans cette opinion : « Le mercure et les eaux minérales s'opposent à l'*acrimonie acide* qui existe dans le sang des écrouelleux : les eaux l'embaument, et le mercure lui donne une tournure bilieuse, ainsi que l'odeur fétide de ceux qui salivent le fait voir. » «... Le penchant qu'ont dans cette maladie les humeurs à s'aigrir.....» « Si la scrofule affecte plus spécialement l'enfance, c'est qu'à cet âge les tumeurs ont plus de tendance à devenir *acides*. » Hufeland pense que c'est une *acrimonie* spécifique de

la lymphe ; Charmetton, un état d'*acidité* et l'épaississement de la lymphe ; Peyrilhe, un *principe acide* qui coagule la lymphe ; Baumès, une *oxygénation* des sucs albumineux, etc., etc.

Nous n'ignorons pas que beaucoup d'auteurs de nos jours rejettent ces données comme des vieilleries indignes même d'arrêter leurs critiques ; mais nous ne les en appelons pas moins en témoignage, non pas à raison des causes que leurs auteurs assignent au défaut d'homogénéité des liquides animaux, mais pour le fait en lui-même. Et on nous permettra de faire remarquer à ce sujet que depuis quelques années on a assez d'exemples que les anciens n'avaient pas toujours tort ; que même s'il est des modernes qui les dédaignent, beaucoup d'autres pâturent *in petto* à leurs dépens. Nous considérons donc la coagulation, ou, si l'on aime mieux, la dissociation des éléments des humeurs dans la scrofule, comme démontrée, qu'elle provienne d'un principe acide ou d'une autre cause.

Mais en est-il de même dans les affections syphilitiques où nous avons vu les iodiques faire merveille ? Ainsi que nous l'avons fait préjuger, nous répondons sans hésiter : Oui, le virus syphilitique étant pour nous un principe morbide éminemment coagulant. Nous le répétons, l'action des iodiques est la même contre la syphilis que contre la scrofule. N'avons-nous pas, pour appuyer notre dire, l'opinion admise aujourd'hui par les syphiliographes les plus éminents, que les accidents tertiaires de la syphilis ont la plus grande analogie avec certaines formes scrofuleuses ? Les praticiens ordinaires n'ont-ils pas, en effet, en toute occasion de reconnaître que, dans sa dernière période, la syphilis perd sa physionomie spéciale et vire à la scrofule ? La scrofule de l'enfant n'est-elle pas souvent la réponse à la syphilis constitutionnelle du père (*a*) ?

(*a*) M. Lepelletier (de la Sarthe), d'accord du reste avec Richerand, retournant cette opinion, professe que ce n'est pas la syphilis, mais le traitement mercuriel opposé à cette affection, qui rend scrofuleux, opinion qui ne nous paraît pas soutenable aujourd'hui. Cependant nous ne prétendons pas dire que le mercurialisme ne puisse être, comme la syphilis, rangé parmi les causes prochaines de la scrofule, mais seulement qu'il n'y a pas que les syphilitiques qui font usage du mercure qui deviennent scrofuleux.

Des praticiens professent aussi l'opinion que l'iodure de potassium ne guérit pas la syphilis, mais bien la cachexie mercurielle, suite du traitement par le mercure auquel les syphilitiques ont été soumis. Quelques-uns mêmes partant de cette idée vont jusqu'à proposer, dans des affections diverses graves et rebelles à l'action directe des agents thérapeutiques, de déterminer la saturation mercurielle, afin d'en avoir raison ensuite par la médication iodique. L'expérience clinique peut seule faire connaître la valeur de cette dernière théorie. Quant à la première proposition, nous ferons remarquer qu'il existe un assez grand nombre de cas de syphilis tertiaire guéris d'emblée par les iodiques.

Il découle de ces considérations que toute affection qui présente le cachet d'une action coagulante comporte à un degré plus ou moins évident l'emploi des iodiques. C'est en ayant égard à ce principe que l'on peut espérer obtenir des succès dans l'application des iodiques aux maladies cutanées.

372. Selon nous, toutes les fois qu'on aura pris à temps, qu'on ne leur aura pas permis de s'organiser, de se membraniser complétement, les altérations humorales seront efficacement combattues par les iodiques. Nous expliquons ainsi leurs succès dans les tumeurs blanches, les affections squirrheuses et carcinomateuses, qui toutes ont pour début un dépôt albumineux.

Selon nous encore, toute lésion pathologique caractérisée par une tumeur est le résultat d'une coagulation humorale. Un ulcère, quelle que soit sa nature, est une érémacausie occasionnée par la même cause : la circulation, éprouvant, par suite de cette action, un arrêt local ou général, les tissus en contact se tuméfient, s'altèrent, et si la nature ne vient pas par un effort qui lui lui est propre, ou si la thérapeutique ne vient pas changer l'état des choses, l'érémacausie se développe. Nous faisons reposer sur ce principe l'emploi des iodiques dans la phthisie, la carie osseuse, la leucorrhée, les ulcères divers.

Dans les différentes hydropisies, les épanchements séreux divers où ils réussissent, l'efficacité des iodiques nous semble reposer sur le rétablissement de la circulation générale troublée par la dissociation et l'appauvrissement des éléments organiques des fluides. Nous donnons la même explication pour la chlorose, le rétablissement des menstruès.

Un praticien belge, dont le nom nous échappe, ayant eu beaucoup à se louer de l'iodure de potassium dans les cas d'hydropisie ascite où la digitale seulement n'avait pu établir la diurèse, donne sur l'action de ce sel l'explication suivante qui diffère sensiblement de la nôtre, puisque d'après elle les iodiques n'auraient qu'une action accessoire dans les hydropisies. Ainsi les cures qu'il a obtenues sont pour lui la preuve que l'absorption des engorgements par l'action de l'iodure n'avait rendu à la digitale toute sa puissance qu'après avoir libéré la veine-porte, et y avoir rétabli la circulation sanguine et les absorptions.

373. Dans les maladies métalliques, les données chimico-physiologiques rendent parfaitement compte de l'action des iodiques.

Si dans un liquide albumineux on verse un soluté de bichlorure de mercure, il se produit à l'instant même un coagulum qui se précipite peu à peu au fond du vase.

Tout autre sel de mercure produirait le même résultat.

Ce coagulum insoluble dans les dissolvants ordinaires, se dissout dans les solutés de chlorures, de bromures ou d'iodures alcalins ; il se dissout surtout facilement dans un soluté d'iodure de potassium (*a*).

En effet, si l'on traite ce coagulum encore humide par un soluté d'iodure de potassium, il se produit tout d'abord une coloration jaune rougeâtre d'iodure mercurique, mais qui disparaît par une nouvelle addition du soluté ioduré, en même temps que le coagulum lui-même et on obtient un liquide parfaitement limpide et incolore. En employant de suite assez d'iodure potassique, la coloration orangée ne se produit pas. Le produit qui se forme dans ce cas est surtout de l'iodhydrargyrate d'iodure de potassium.

De l'insolubilité du coagulum mercuriel dans les dissolvants ordinaires et de sa facile solubilité, au contraire, dans un soluté d'iodure de potassium, résultent des indications thérapeutiques importantes, dont une toute nouvelle.

C'est sur la propriété que possède l'albumine de former avec les sels mercuriels un coagulum insoluble dans les liquides de l'économie, qu'est fondé l'emploi déjà ancien de l'eau albumineuse dans les empoisonnements aigus par ces composés, et notamment par le sublimé corrosif

Supposons en effet qu'un sel de mercure ait été ingéré à dose manifestement toxique : en administrant le plus tôt possible (après avoir provoqué toutefois le vomissement) au patient de l'eau albumineuse, il se produira au sein de l'économie, entre l'albumine et le sel mercuriel, la même combinaison que dans notre éprouvette et conséquemment l'intoxication sera enrayée. Ce fait n'est plus hypothétique.

Mais si, au lieu d'une forte dose de poison, on suppose au contraire l'ingestion de doses thérapeutiques faibles, l'absorption de simples vapeurs mercurielles, mais ingestions ou absorptions journalières et longtemps continuées, le composé mercuriel, en raison de son affinité pour les éléments protéiques de l'organisme, se combinera peu à peu avec eux en donnant naissance à des produits anormaux. Ces produits, en séjournant au sein de l'économie, troubleront le rhythme fonctionnel, en un mot donneront lieu aux différentes formes de la cachexie mercurielle, à laquelle sont sujets les syphilitiques soumis à un traitement mercuriel long et mal dirigé, les ouvriers des industries où l'on

(*a*) Voir notre travail intitulé : *Action des sels de mercure sur quelques fluides albumineux* (*Journ. des conn. méd. et de pharmacol.*, 1844-45).

travaille le mercure, et notamment les ouvriers des mines d'où l'on extrait ce métal.

Dans ce cas, c'est un traitement diamétralement opposé à celui qui convient au premier qu'il s'agit de prescrire. Dans l'empoisonnement aigu, il faut mettre immédiatement l'économie à l'abri de l'action désorganisatrice du poison, en lui faisant contracter une combinaison insoluble dans les liquides humoraux, au moyen d'une substance albumineuse apportée du dehors ; dans l'empoisonnement lent, le poison éteint tout combiné aux dépens des matières albumineuses et fibrineuses de l'organisme avec lesquelles il s'est fixé, organisé en quelque sorte, c'est par la dissolution au contraire, qu'il faut agir.

L'iodure de potassium ayant éminemment la propriété de dissoudre les albuminates mercuriels, qualité à laquelle il faut joindre celle de jouir d'une innocuité assez prononcée et d'être promptement expulsé de l'économie, l'iodure de potassium, disons-nous, convient merveilleusement pour remplir cette indication.

Cependant il faut faire observer que si le poison était accumulé en forte proportion dans les organes, il pourrait y avoir danger à produire tout à coup la dissolution. Ainsi nous avons l'exemple d'un malade qui, passant du jour au lendemain d'un traitement par la liqueur de Van Swieten à un traitement par l'iodure de potassium, fut pris de coliques violentes. Des doses de l'iodure dissolvant établies d'après cette considération pareront au danger que nous signalons plutôt par simple précaution que parce que nous le croyons sérieusement à redouter. En effet, dans les intoxications chroniques, il nous paraît hors de doute que la quantité du composé albuminoso-mercuriel que des doses thérapeutiques journalières d'iodure peuvent dissoudre, à la fois est si faible, que ce danger ne peut exister que fort exceptionnellement.

Les considérations chimiques et physiologiques dans lesquelles nous venons d'entrer expliquent parfaitement bien pourquoi les praticiens ont pu obtenir sans s'en rendre compte les meilleurs résultats des iodiques dans le mercurialisme.

Comment se fait-il donc qu'un praticien distingué de Lyon, le docteur Rodet (Mém. cité), ait pu reconnaître une incompatibilité thérapeutique entre les mercuriaux et l'iodure de potassium ?

M. Rodet appuie son opinion, outre les considérations qui seront indiquées à l'article relatif aux contre-indications, sur ce qu'il se formerait au sein de l'économie entre les iodiques et le

mercure des composés chimiques d'une dangereuse activité. C'est là, ce nous semble, une crainte exagérée. En admettant non-seulement qu'il y ait formation de sels doubles, mais même que l'iode quitte la totalité de l'alcali qui lui est combiné pour se porter sur le mercure, le composé qui en résulte ne peut être plus dangereux que le composé mercuriel primitif : le bi-iodure de mercure n'est pas plus actif que le bi-chlorure, et le proto-iodure que le calomel (*a*). L'administration de l'iodure de potassium, après les mercuriaux, doit donc être interprétée d'une manière toute opposée ; l'iodure potassique, en favorisant la dissolution, et par suite l'expulsion des albuminates mercuriels, que les mercuriaux ont de la tendance à former au sein de l'économie, doit combattre heureusement, non-seulement la syphilis, mais aussi les accidents produits par les mercuriaux.

Tel est le point où nous avions amené, toutefois par induction théorique seulement, car ce travail date de 1844 et 1847, le traitement de l'intoxication mercurielle chronique, lorsque nous avons eu connaissance, pour la première fois, des travaux de MM. Nat. Guillot et Melsens. Ces physiologistes, procédant expérimentalement, ont démontré la justesse de nos prévisions, et ont en outre considérablement agrandi la question, puisque, comme nous l'allons voir par les conclusions du Mémoire qu'ils viennent de communiquer à l'Académie des sciences, ces auteurs préconisent aussi l'iodure de potassium dans le traitement des affections saturnines (*b*).

« La médication proposée par nous, disent-ils, est basée sur une vue que nous exprimons de la manière suivante : « Rendre « solubles les composés métalliques que l'économie pouvait gar- « der, en les associant à un corps que l'économie élimine avec « la plus grande facilité. »

« Nous avons réalisé ce point de vue : 1° à l'aide de la propriété que possèdent tous les composés insolubles formés par les sels de mercure et les matières qu'on rencontre dans l'économie, de se dissoudre dans l'iodure de potassium ; 2° en nous fondant

(*a*) Cependant le proto-iodure, cela est un fait, en contact avec l'iodure de potassium, est transformé en mercure métallique et en bi-iodure de mercure, lequel se combine à l'iodure de potassium en excès, et constitue de l'*iodhydrargyrate d'iodure de potassium*, dont l'action dynamique est bien supérieure à celle du proto-iodure. On pourrait donc nous objecter, d'après ces considérations, que, dans le cas où le patient aurait été traité par le proto iodure de mercure, nous lui ferions courir des dangers par l'emploi de l'iodure de potassium. Mais nous répéterons ici que la dissolution journalière que peut produire l'iodure de potassium doit être si faible qu'il ne doit y avoir rien à redouter, si ce n'est, idiosyncrasiquement, de la formation des produits actifs.

(*b*) *Annales de chimie et de physique*, juin 1849.

sur la facilité et la rapidité avec laquelle l'économie se débarrasse de l'iodure de potassium, nous avions admis par analogie que les composés de plomb gardés par l'économie seraient très-probablement dissous et éliminés par l'iodure de potassium.

« Nous donnons, dans notre Mémoire, quelques cas de guérisons parfaitement constatées sur des malades atteints d'affections saturnines; tous les malades que nous avons eu occasion de traiter par l'iodure de potassium ont été guéris.

« Nous donnons la preuve que l'acide sulfurique ou les sulfates ne peuvent être considérés que comme agents curatifs des maladies saturnines.

« Quand on administre simultanément du sulfate de plomb et de l'iodure de potassium à un chien, il ne présente aucun phénomène morbide pendant le temps nécessaire pour amener la mort chez un chien qui prend le sel de plomb seul.

« Nous prouvons que si l'on administre brusquement une forte dose d'iodure de potassium à un chien qui est affecté d'une maladie due à l'administration du sulfate, du carbonate ou de l'iodure de plomb, on le tue très-rapidement; que si, au contraire, on commence par administrer de petites quantités d'iodure de potassium à la fois, et qu'on augmente graduellement l'administration de ce sel, l'animal guérit en très peu de temps.

« Nous faisons voir que les doses d'iodure de potassium qui tuent un chien malade par le plomb n'ont aucune action sur des chiens sains.

« Nous y constatons plusieurs cas de guérisons complètes sur des malades atteints de tremblement par suite du travail au mercure. L'un d'eux a été complétement guéri, sans cesser de travailler au contact des poisons. On a retiré du mercure de son urine; on a pu constater qu'il s'y trouvait à l'état d'iodure.

« Nous faisons voir dans quels cas l'administration de l'iodure de potassium peut devenir très-dangereuse. »

Comme on le voit, les expériences de ces messieurs ont plutôt porté sur les affections saturnines que sur les affections mercurielles, ce qu'il faut sans doute attribuer à ce que celles-là sont plus fréquentes à Paris que les véritables intoxications mercurielles chroniques; car, selon nous, l'iodure potassique doit être plus efficace contre celles-ci que contre celles-là.

On sait en effet aujourd'hui que l'iodure double de plomb et de potassium, fort soluble dans une très-petite quantité d'eau, se dédouble sous l'influence d'une plus grande quantité de ce fluide (ce qui est le cas qui doit se présenter avec les fluides humoraux), et que l'iodure de plomb une fois séparé ne se re-

dissout plus que fort difficilement dans l'iodure potassique, même en soluté concentré. D'autre part, le coagulum albuminoso-plombique ne nous paraît s'y dissoudre que fort imparfaitement.

Il est évident que nous ne concluons pas de là que l'iodure potassique ne peut guérir l'empoisonnement plombique, car nous savons très-bien que les résultats cliniques ne répondent pas toujours catégoriquement aux prévisions chimiques ; nous avons seulement voulu appeler l'attention des expérimentateurs sur ces considérations, afin de bien savoir à quoi s'en tenir sur l'extension de la nouvelle médication des maladies métalliques lentes. De même que nous venons dire ce que nous avons fait dans l'établissement de ce mode de traitement, afin que l'on voie ce qui revient à MM. Guillot et Melsens, et ce qui nous revient à nous-même.

Le traitement ioduré n'a encore été proposé, comme on le voit, que pour les empoisonnements par le mercure et le plomb. L'induction théorique indique qu'il conviendrait encore dans l'intoxication par accumulation lente de quelques autres métaux, et en particulier de l'*arsenic*.

374. L'emploi interne des iodiques contre le rhumatisme, et surtout la goutte, peut s'expliquer par ce fait que, dans ces affections où les sécrétions et surtout les excrétions sont acides, les éléments protéiques des fluides humoraux et même des solides doivent subir une coagulation, ce que démontre du reste la tuméfaction qui accompagne souvent ces états pathologiques, et que l'iode détruit. Il faudrait même supposer que, dans la goutte, on obtiendrait des effets plus complets si cette affection ne résidait que dans cette action coagulante. Nous n'osons pas dire que les iodiques agissent chimiquement sur les sédiments calcaires, qui sont l'un des accidents les plus fâcheux et les plus caractéristiques de la goutte ; nous ne connaissons pas d'expériences directes sur ce point. Cependant M. Lassaigne a démontré que les halosels alcalins étaients de puissants agents de transport des phosphates et carbonates calcaires du sol dans les végétaux.

L'emploi des iodiques a été suivi de succès dans quelques cas de glucosurie, affection souvent liée aux affections tuberculeuses, ou fort prédisposante à ces maladies. On sait que, dans cette affection, les sécrétions sont également acides ; il faut même expliquer par cette particularité la transformation de la fécule en glucose, et aussi les succès qui ont été obtenus par la médication alcaline. Nous expliquons donc l'emploi des iodiques dans cette maladie de la même manière que dans la goutte. On nous permettra ici une hypothèse : c'est qu'il est à supposer que si,

dans le traitement du diabète et dans celui de la goutte, on unissait la médication iodique à la médication alcaline, les succès seraient bien plus nombreux que par ces médications isolées.

Quant à expliquer le mode d'action des iodiques dans les autres maladies que nous avons mentionnées, dans les névroses, par exemple, cela nous semble difficile, à moins qu'on ne leur reconnaisse pour cause ou pour complication la scrofule ou la syphilis.

375. Il résulte des considérations dans lesquelles nous sommes entré que l'emploi des iodiques contre la plupart des affections dans lesquelles ils sont préconisés aujourd'hui, notamment dans trois, que nous classerons ainsi :

Syphilis,
Goitre,
Scrofule,

s'explique par leur action chimico-dynamique.

376. Il en résulte en outre que l'on peut jusqu'à un certain point prévoir les affections où ils sont encore applicables. Ainsi on peut conjecturer qu'ils seraient utilement employés dans la variole, dans l'albuminurie, l'inappétence, certains états atoniques, dans la résorption du pus. Il est en effet reconnu que l'injection de différents pus dans les veines détermine souvent la mort par coagulation du sang.

S'il était démontré que le phénomène le plus grave du choléra asiatique fût la coagulation du sang, ainsi qu'on est généralement porté à le croire, l'iodure potassique à haut dose *intus* et *extus* ne serait-il pas indiqué dans cette terrible maladie? Si cette hypothèse doit être un jour érigée en fait, que ne l'a-t elle été plus tôt!

L'emploi des iodiques, combiné avec celui de l'hyposulfite de soude, nous semble constituer un moyen certain de faire disparaître la coloration bistrée de la peau chez les individus qui ont été soumis à un traitement par l'azotate d'argent, etc.

Dans ses applications chirurgicales, l'iode est un cathérétique d'une action spéciale très-superficielle, ce qui explique l'immunité de son emploi dans des cas où tout irritant d'une autre nature déterminerait les accidents les plus graves.

(*La suite à un prochain numéro.*)

8. *Note sur la méthode dérivative continue*; par M. le docteur Colas.

(Gazette médicale de Paris, N° 15, 1850.)

J'ai publié en 1845 une méthode thérapeutique dont j'avais

fait usage avec un grand succès depuis l'année 1842. Toutes les maladies de cette époque, observées sous un jour entièrement nouveau, me parurent d'abord être le produit d'une cause épidémique générale, en raison de l'uniformité des signes insolites qu'elles avaient fournis, pour me diriger dans l'exécution du traitement.

La persistance des mêmes caractères et des mêmes effets dans toutes les maladies soumises à mon observation depuis ce temps, m'a fait voir à la longue que les faits recueillis pendant cette prétendue épidémie ne différaient en rien de ceux observés dans les temps ordinaires. La méthode que j'avais mise en usage pour les combattre, ayant toujours eu le même résultat, est devenue pour moi, dès lors, la méthode thérapeutique des temps ordinaires.

Les principes sur lesquels repose cette méthode ne sont bien connus que d'un très-petit nombre de médecins, et les effets dont elle est capable sont encore plus ignorés. Il y a des médecins qui la connaissent et qui l'approuvent, sans oser en faire l'application. D'autres, entraînés par quelque sympathie instinctive pour mes opinions théoriques, l'ont essayée avec succès dans un petit nombre de cas. De tels succès n'ont pas assez de valeur intrinsèque pour faire juger de son effet général; or, c'est cet effet général seul qui peut servir à prouver d'une manière incontestable la valeur certaine d'une méthode quelconque et sa supériorité.

Afin d'encourager mes confrères à expérimenter d'une manière convenable et suffisante la méthode *dérivative continue*, ainsi que je la nomme, et pour vaincre la répugnance naturelle qu'on éprouve à sortir des habitudes anciennes de la pratique, je redirai dans cet article les avantages qu'elle m'a procurés depuis sa création, et ceux bien autrement considérables que pourrait y rencontrer le corps médical, s'il l'adoptait généralement.

Je commencerai par rappeler les principes généraux de la méthode; je dirai ensuite les moyens que possède chaque praticien de constater par des chiffres le mérite relatif de toute méthode régulièrement éprouvée. J'expliquerai enfin ce que je me propose de faire prochainement pour enlever quelques restes d'obscurité qui se trouvent dans ma théorie, en exposant les bases physiologiques sur lesquelles je l'ai posée.

Art. I. — Les principes de la méthode thérapeutique nouvelle sont au nombre de trois. Je vais les indiquer par ordre d'importance. Ils embrassent tous les cas possibles de maladie interne, et suffisent à tous les besoins de la pratique nouvelle que je voudrais propager : 1° Il faut que l'influence *dérivative*

s'exerce d'une manière incessante sur la cause pathologique, tant que cette cause persiste et que la dérivation est indiquée. 2° Il faut employer les antipériodiques pour terminer le traitement et l'abréger quand, après avoir beaucoup affaibli les maladies par la dérivation continue, on les a fait devenir intermittentes. 3° Il faut employer les spécifiques à toutes les périodes, et surtout au commencement des maladies, quand on est sûr de ne pas nuire, de guérir instantanément, ou de préparer efficacement la dérivation par ce moyen.

Premier principe.—La dérivation est le moyen curatif par excellence, parce qu'elle est indiquée dans l'immense majorité des cas pathologiques, parce qu'elle est susceptible d'être appliquée dans la partie la plus considérable de la durée des maladies, et qu'elle est la seule qui puisse être dirigée régulièrement avec la connaissance très-nette de sa manière d'agir. Elle consiste à changer la direction anormale des courants nerveux à volonté. Elle est la seule *rationnelle*, et toutes les autres actions thérapeutiques directes et véritablement spécifiques sont nécessairement *empiriques*. On ne peut rien savoir du mécanisme et de l'influence des spécifiques sur les manifestations pathologiques; on sait seulement qu'elles guérissent la maladie plus ou moins subitement.

La maladie n'est pas une manifestation, c'est une succession de manifestations. La suite enchaînée des manifestations anormales qui se produisent depuis le début jusqu'à la terminaison a une cause *immédiate*, anatomique, qu'il faut détruire ou contrebalancer pour interrompre la chaîne de ces manifestations.

Cette cause n'est pas susceptible d'être détruite immédiatement, dans la majorité des cas, par un agent spécifique d'espèce chimique ou physique, ainsi que le serait une substance toxique inerte. Il faut alors lui opposer une influence dérivative qui la combatte plus lentement, mais d'une manière incessante, jusqu'à ce qu'on l'ait anéantie.

Le plus souvent en effet, dans les affections curables, quelle que soit leur intensité apparente, la cause est une altération légère de l'élément nerveux des organes. On ne sait ordinairement, par aucun moyen connu, reconduire subitement et d'un seul coup à l'état normal, cette altération, si légère quelle soit. On est réduit ordinairement, par faute de spécifiques efficaces, à interrompre les manifestations anormales d'un organe, en provoquant d'autres manifestations dans le même organe ou des actions forcées dans un autre plus ou moins éloigné. On sait que cela suffit pour permettre au tissu nerveux de se recomposer; telle est la dérivation.

Il est donc évident que pendant l'emploi d'un moyen dérivatif, on a le plus grand intérêt à ne laisser à la cause pathologique, aucun relâche pendant lequel elle puisse reprendre son activité désorganisatrice, pendant lequel puisse par conséquent s'arrêter le travail de réorganisation du tissu altéré.

La continuité de l'action dérivative n'est pas seulement nécessaire à la promptitude de la guérison, c'est encore le seul moyen de rendre la guérison certaine; car, la cause étant par elle-même une source constante d'entretien et d'aggravation du mal, la cessation momentanée de la dérivation, laisse courir à la maladie la chance de devenir incurable d'un moment à l'autre, par le seul fait de l'interruption intempestive du traitement. Je pourrais en citer de mémorables exemples très-modernes et pris à très-bonne source.

Il faut ainsi, pour employer la dérivation avec succès et profiter de tous les avantages qu'elle peut offrir, la pratiquer d'une manière continue. Il faut en soutenir l'action par l'administration de doses médicamenteuses successives, à des époques assez rapprochées pour que la dernière soit introduite avant que la précédente ait épuisé son influence.

Cela est palpable en théorie ; mais quand il n'en serait pas ainsi, les effets de la dérivation intestinale pratiquée de cette manière sont si tranchés, si prompts et si faciles à obtenir, que, dès les premiers essais, on peut reconnaître l'influence de la continuité dans les résultats qui se produisent.

La principale raison pour laquelle j'ai fait choix des dérivatifs intestinaux à l'exclusion de ceux des autres organes, c'est principalement l'extrême facilité que nous offrent les premiers pour continuer leur action à petites doses répétées périodiquement et l'innocuité de leur action soutenue pendant plusieurs jours de suite.

Dans la pratique ordinaire, lorsqu'on emploie ce qu'on nomme les *purgatifs*, avec des vues fort différentes de celles que je viens d'exposer, on donne des doses trop considérables, au hasard de dépasser le but qu'on se propose. Ce n'est pourtant pas encore là tout l'inconvénient de la purgation par *saccades* et *à bras raccourcis;* car on n'a pas plutôt obtenu un premier effet, bon ou mauvais, faible ou très-intense, qu'on se dépêche de saigner, de donner des aliments ou des drogues de toute espèce, ou bien encore de tomber dans une expectation absolue, une attente niaise et presque coupable de ce qu'on nomme la *réaction.*

Tout cela se fait sans suite, sans tenue et sans guide rationnel qui puisse nous conduire tous uniformément vers un but fixe et

facile à voir. Nous ne pouvons nous appuyer que sur l'expérience personnelle ou traditionnelle, à peu près aussi peu soignées l'une que l'autre, flanquées de règles contradictoires inspirées elles-mêmes par des théories opposées dans leurs principes.

On a constamment en vue de foudroyer la cause pathologique d'un seul coup, comme si cette cause était toujours une substance étrangère inerte, qu'il s'agit d'anéantir ou d'expulser, ou bien quelque *être vital* indépendant, abattu ou surexcité, qu'il suffit de relever ou d'affaiblir instantanément avec des substances douées de propriétés atténuantes ou excitantes, irrésistibles.

On méconnaît comme à plaisir le mécanisme de la maladie et le mode d'action de sa cause immédiate ; on méconnaît la manière d'agir de presque tous les agents thérapeutiques et des purgatifs en particulier. Si l'on ne s'attache plus aussi généralement à l'idée d'un triage que ces derniers avaient autrefois la réputation d'opérer plus ou moins subitement parmi les humeurs, on croit encore fortement à l'influence de leur effet évacuant des matières fécales. On ne tient guère compte de l'évacuation séreuse, encore moins de la dérivation des courants nerveux sur la muqueuse intestinale.

L'opinion médicale a reculé dans ces derniers temps, à l'égard des purgatifs, jusqu'à l'humorisme putride des derniers siècles. On ne fait pas attention à ceci, qu'ils ont exactement la même influence sur les affections réputées infectieuses que sur les maladies purement fébriles, nerveuses ou inflammatoires.

C'est à cause de ces vieilles habitudes nouvellement réintégrées, qu'on ne cesse de me répéter : « Nous purgeons comme vous ; vous ne nous apprenez rien de nouveau ! » Ou bien en sens contraire : « Qu'est-ce que vous voulez que fassent les purgatifs en cette occasion, où il n'y a pas de matières fécales à évacuer ? » Ou bien encore : « Ce malade guérit parce que vous le purgez. »

C'est à cause de ces opinions poudrées à blanc qu'on se garde bien d'attribuer à la dérivation et à l'influence de sa continuité les succès de la dérivation intestinale, quand on veut bien toutefois admettre ces succès sans avoir eu l'occasion de les constater *de visu*, voire même en présence des malades traités et guéris par ce moyen.

En un mot, on veut bien purger, parce qu'on purge plus ou moins de père en fils sans s'inquiéter de savoir au juste le mécanisme de la purgation, et sans que les résultats généraux de la pratique soient bien différents de ceux que donnerait la simple et pure expectation ; mais, quant à présent, on ne veut à aucun prix dériver d'une manière continue avec les purgatifs, parce

qu'il faudrait le faire une première fois. On a peur de se mouiller dans le *Rubicon*. On ne veut pas faire usage des purgatifs administrés de cette façon, quoiqu'on soit assuré de faire prendre moins de ces médicaments à chaque malade qu'on ne le fait actuellement, et malgré la certitude d'éviter les inconvénients de la superpurgation.

On ne le veut pas, quoique je m'épuise depuis six ans à répéter sur tous les tons : « Dérivez et n'essayez plus de purger. Dérivez modérément, mais avec persévérance, et vous guérirez toutes les maladies curables, sans compter un fort grand nombre de celles réputées incurables. Dérivez avec assurance dans les deux premières périodes des maladies, vous guérirez 90 malades au lieu de 70 ; vous serez mieux rétribués et plus considérés pour avoir guéri vos malades en quinze jours qu'en soixante-douze jours ; si vous avez pris soin de prédire aux gens du monde le succès dont vous étiez certain d'avance.

Deuxième principe. — Dans le cours du traitement d'une maladie, je n'interromps jamais la médication dérivative que la guérison ne soit bien assurée, ou que les symptômes, de continus ou rémittents qu'ils étaient, ne soient devenus intermittents, avec ou sans régularité.

Dans ce dernier cas, je recours brusquement à l'emploi des antipériodiques, avec un succès constant, lorsqu'il est convenablement préparé La guérison ne se fait pas attendre plus de quarante-huit heures.

En certaines circonstances, lorsque la dérivation a été longtemps continuée, que les accès sont peu marqués et l'appétit considérable, on peut même se borner à donner subitement des aliments solides, très-substantiels et assez abondants pour déterminer la convalescence immédiate.

Les cas de l'emploi du quinquina sont rares comparativement au nombre total des malades qu'on traite. Il y a cependant certaines constitutions épidémiques où ils sont presque aussi nombreux que les cas de fièvres traités par la dérivation.

Troisième principe. — Il y a un certain nombre de cas pathologiques où la cause est douée d'une telle violence, et la marche d'une telle rapidité, que la simple dérivation intestinale est impuissante à guérir seule, par faute d'une énergie et d'une rapidité d'action suffisante au premier moment.

Il y a certains temps épidémiques dans lesquels les symptômes les plus légers en apparence ne forment qu'une transition très-rapide entre la santé parfaite et les accidents les plus redoutables. La dérivation intestinale n'est pas toujours alors une perturba-

tion assez énergique pour nous faire éviter une transformation fâcheuse.

Il y a certaines formes pathologiques et des affections de certains organes qui céderaient moins bien et moins vite si l'on ne préparait leur guérison par de certains remèdes spécifiques.

Dans tous ces cas, il faut employer des spécifiques bien connus, que j'ai recommandés précédemment. L'émétique est de tous ces moyens le plus héroïque, le plus rapide, et celui dont l'usage est indiqué dans les maladies les plus dangereuses. Il faut, en général, abandonner ces agents thérapeutiques après leur avoir fait produire leur premier effet, comme par surprise, pour continuer le traitement avec les dérivatifs du tube intestinal.

Art. II. — Le praticien qui voudra mettre ces principes en œuvre sans compromettre en rien l'intérêt de ses malades ou sa conscience, pour essayer de sortir des incertitudes, de l'insignifiance et du désordre de la pratique actuelle, devra faire des essais gradués ainsi qu'il suit. Il devra choisir un premier sujet chez lequel il ne peut y avoir aucune objection à l'emploi des substances purgatives, un fébricitant qui ne soit pas malade depuis plus de trois jours.

Après avoir administré le spécifique d'après les règles établies, s'il en est quelqu'un d'applicable au cas spécial, il faut donner le purgatif et prescrire une diète sévère. Il faut dès lors ne compter, pour le succès, que sur ce médicament seul, et répéter ces doses toutes les douze heures chez les adultes. Il ne faut intercaler aucune autre médication; il ne faut s'aider que de la simple hygiène.

Quand le praticien sera convaincu, par un premier succès, de l'innocuité de ce moyen et de sa supériorité sur les autres moyens employés à la manière hésitante ordinaire, il pourra la mettre en usage successivement pour combattre toutes les formes pathologiques soumises à sa direction.

Cela, cependant, n'est pas encore tout ce qu'il peut faire pour acquérir une ferme confiance dans la méthode continue, et se donner une idée claire et infaillible des résultats comparatifs qu'elle est susceptible de produire. Il faut pour cela que le médecin s'exerce à ne laisser passer dans sa clientèle aucun fait de névrose ou de fièvre de première ou deuxième période, aiguës ou chroniques, tels qu'on les trouve abondamment, même dans les hôpitaux, sans leur appliquer au plus vite le traitement méthodique.

Cela vaut mieux que d'attendre la formation d'une maladie

de troisième période, d'une affection phlegmasique, pour se donner le dangereux avantage d'établir le diagnostic moderne, purement anatomique ; car ce diagnostic a l'inconvénient de ne pouvoir se former que quand la maladie est parvenue à se mettre à peu près au-dessus des ressources de l'art par sa gravité.

L'application de la méthode nouvelle aux maladies commençantes accroîtra le nombre des guérisons, de tous les cas d'affections aiguës ou chroniques dont le traitement est nul pour l'ordinaire, ou fort incertain du succès. Ce dernier donne trop souvent à la maladie la permission de marcher plus ou moins librement vers la troisième période, qui compte alors 25 cas au lieu de 9 sur cent malades, et 5 morts au lieu de 2.

Il faudra de plus que, le praticien arrivant à ne plus employer d'autre méthode chez aucun de ses malades, puisse en réunir un certain nombre traités de même, 100 par exemple, sans distinction de type ou de période, pris au hasard à mesure qu'ils se présentent, et qu'il compte à la fin les morts, les transformations chroniques advenues, les journées de maladie et les guérisons.

Il pourra dès lors, en comparant ces quatre sortes de résultats avec ceux qu'on obtient généralement, savoir au juste si j'ai beaucoup exagéré lorsque j'ai promis 86 guérisons au lieu de 70, 10 transformations chroniques au lieu de 20, 5 morts au lieu de 10, et 3,000 journées de maladie au lieu de 7,000.

Art. III. — Les succès que m'a donnés la méthode continue avant même d'avoir atteint sa perfection en 1842, et bien avant d'être complétement formulée ; les seuls que j'aie trouvé l'occasion de publier jusqu'à présent, étaient déjà supérieurs à ceux que je viens d'annoncer, puisqu'au lieu d'avoir 51 morts sur au moins 500 malades, je n'en avais eu que 22 pendant cette année.

Je voudrais profiter de ces premiers résultats pour faire comprendre à mes confrères l'immense avantage qu'ils pourraient tirer d'une innovation qui se présente avec des apparences aussi avantageuses. Il est évident que si ces résultats sont exacts et mes promesses bien fondées, comme il est facile de s'en assurer, il n'y aurait aucune raison pour ne pas abandonner toutes ces méthodes thérapeutiques disparates dont se compose actuellement le lourd bagage de la science pratique.

Si tous les médecins étaient liés par une opinion commune au sujet des principes de la science, ils seraient forcés d'avoir confiance les uns en les autres. S'ils n'avaient plus de prétextes toujours préparés pour se contredire sans cesse et en tous points,

ils n'auraient presque plus aucune occasion de déconsidérer la science aux yeux du public et de perdre sa confiance, qu'ils gaspillent actuellement comme s'ils pouvaient honorablement se passer d'elle. On sait, en effet, que le public ombrageux ne consent à croire en la médecine qu'à la condition de voir les médecins eux-mêmes y croire sans hésitations; or la médecine pour lui, c'est l'opinion du corps médical.

Si les gens du monde étaient convaincus seulement de ceci, que les praticiens, avec certaine méthode, sur l'efficacité de laquelle ils sont tous d'accord, n'ont presque jamais l'occasion de hasarder rien en thérapeutique, et de plus, qu'ils peuvent démontrer dans leurs registres de chaque année une diminution quelconque du chiffre des décès ou des journées de maladie sur le nombre donné jusqu'à présent, la puissance des médecins deviendrait immense. On peut affirmer qu'alors le charlatanisme, qui leur fait tant d'ombrage, serait anéanti d'un seul coup, sans qu'il y eût besoin pour cela d'aucune loi de répression.

Si le corps médical en venait à jouir d'une considération qu'il mérite déjà par d'immenses travaux, et qu'on lui conteste parce qu'il n'a pas encore mis complétement ces travaux en valeur, rien ne s'opposerait plus à ce qu'on le chargeât de formuler les réglements qui doivent gouverner à l'avenir l'institution médicale.

C'est alors que ces lois pourraient devenir ce qu'elles doivent être dans l'intérêt de la science, des hommes de la profession et surtout de la conservation de la santé publique. Tout le monde comprend au premier abord, en effet, que les médecins seuls sont capables de donner à ces lois le cachet d'utilité qu'elles doivent avoir. Il ne leur manque pour être sérieusement consultés à cette occasion que de se mettre préalablement tous d'accord sur ce qu'il faut faire dans l'intérêt du peuple et leur propre intérêt justement balancés.

Art. IV. — Je n'ai pas l'intention de borner mes travaux de pathologie aux deux publications que j'ai faites en 1844 et 1848. Il y a dans mon traité de pathologie générale quelques portions de théorie peu faciles à comprendre en l'absence des notions physiologiques nouvelles qui m'ont servi de point de départ; il y a même quelques points essentiels qui n'ont pas été convenablement traités.

Pour suppléer à un traité de physiologie que je n'ai pas encore eu le temps de publier, quoiqu'il eût été fait avant le livre sur l'épidémie de 1842, et pour combler les lacunes du traité de pathologie, je me propose de faire au mois d'avril prochain un

cours public de physiologie pratique, et au mois de juin un cours de pathologie générale.

Le premier doit servir à faire comprendre que la physiologie actuelle, déjà surchargée d'études et de faits isolés, serait plus utile et plus applicable en médecine, si la connaissance des actions attribuées aux diverses parties de l'organisme ne restait sans lien qui puisse faire comprendre le mécanisme général de la vie normale tout à fait ignoré jusqu'à présent.

Dans ce cours je rechercherai la connaissance du mode d'action des causes externes, le mécanisme des grands appareils dans leur enchaînement général d'actions pendant les diverses périodes de la vie, et enfin les applications possibles à la connaissance de la vie pathologique et à la pratique de la médecine.

Le deuxième est destiné à faire voir comment on doit étudier la série de phénomènes qu'on nomme la maladie, dans leurs causes, leurs caractères et leurs effets. J'essayerai de faire comprendre comment l'action des causes pathologiques étant mieux appréciée, l'intelligence de la marche sera plus facile, la diagnose plus intelligente, plus profonde et moins illusoire qu'à présent.

Je ferai tous mes efforts pour démontrer que, la connaissance du mécanisme de l'action thérapeutique, appuyée sur ces bases, sera plus certaine, que la prognose peut s'établir sur des chiffres palpables, les indications être simples et clairement formulées, le traitement devenir presque complétement rationnel, et permettre des succès incomparablement plus nombreux.

J'essayerai de prouver au simple praticien que la statistique lui est permise tout aussi bien et peut-être mieux, dans l'isolement d'une clientèle obscure ou très-bornée, que dans les grandes villes et dans les hôpitaux de la capitale. Il n'est tenu que d'enregistrer toutes les maladies soumises à son observation pour obtenir le droit d'être placé par ses confrères au niveau des praticiens des plus éminents, s'il a manifestement les mêmes succès. On n'a jamais essayé de former les grandes réputations sur des bases aussi fortes et aussi simples. Il serait curieux de savoir comment les hommes placés dans les régions supérieures de la hiérarchie médicale supporteraient la comparaison avec beaucoup de praticiens qui végètent dans l'obscurité malgré la peine qu'ils se donnent, et le bien qu'ils font dans les rues les plus obscures de nos villes ou dans les villages à toits de chaume.

MALADIES DES ENFANTS. — 9. *Recherches cliniques sur l'éclampsie des enfants;* par le docteur C. OZANAM, ancien interne des hôpitaux.

(Suite : *voir* t. IV, avril 1850, p 123.)

(Archives générales de médecine, mars 1850.)

A l'*Autopsie,* nous eûmes soin d'examiner les os du bras gauche, et nous pûmes constater anatomiquement une fracture de l'humérus, sans lésion du périoste; le cal commençait à se former, et le canal médullaire était en partie oblitéré par le nouveau travail d'ossification.

On a vu, à la suite des attaques, l'état comateux devenir plus grave, se prolonger indéfiniment, le pouls s'accélérer et diminuer de force, la respiration devenir de plus en plus pénible et stertoreuse, les pupilles dilatées, et l'enfant mourir au bout de quelques jours. L'on peut être sûr alors qu'il s'est fait un épanchement séreux dans les ventricules cérébraux, épanchement qui, au lieu d'être rapidement résorbé après l'attaque, n'aura fait qu'augmenter, amenant bientôt le coma complet, la résolution des membres et la mort.

Apoplexie méningée et paralysie. — Il arrive souvent au milieu de l'attaque, des phénomènes apoplectiques, dus, comme nous le verrons plus tard, à une hémorrhagie méningée. L'enfant peut succomber immédiatement si la lésion est trop grave ; quand il survit, on ne tarde pas à voir, une fois les convulsions arrêtées, qu'il est paralysé de tout un côté du corps, ou bien d'un seul membre, les autres restant sains. Cette hémiplégie occupe rarement la face et la langue, elle n'abolit que la force motrice ; la sensibilité n'est pas lésée d'une manière notable.

La paralysie diminue ensuite peu à peu, à mesure que l'épanchement se résorbe, mais il est rare qu'elle cesse complétement.

Elle peut se reproduire à plusieurs reprises, quand les attaques se renouvellent, et alors tantôt elle reparaît du même côté, tantôt elle se manifeste du côté opposé, suivant le siége de la nouvelle hémorrhagie.

L'apoplexie méningée, comme lésion consécutive de l'éclampsie, a été rarement étudiée ; cependant M. le docteur Tessier avait déjà signalé ce rapport, en traitant de l'éclampsie, dans ses cours à l'Ecole pratique. Dugès avait fait les mêmes observations, témoin un passage remarquable de son Mémoire sur l'éclampsie et l'apoplexie des enfants nouveau-nés.

« Dans le fort des attaques, dit Dugès, l'on voit des symptô-

mes d'apoplexie secondaire venir s'ajouter à ceux de l'éclampsie. Cette complication n'est malheureusement pas rare, elle est ici bien plus commune que dans l'épilepsie ; quelquefois, comme dans cette dernière maladie, comme dans l'éclampsie des femmes en couches, elle tue immédiatement ; quelquefois elle amène une arachnitis, souvent elle laisse une hémiplégie. Cette dernière circonstance n'est guère moins fâcheuse que l'autre ; elle indique qu'il s'est fait un épanchement dans l'intérieur du cerveau, et si cet épanchement n'est pas promptement résorbé, ce qui n'est guère possible, d'une part, l'hémiplégie persiste, en empêchant les membres du côté paralysé de s'accroître dans la même proportion que ceux du côté opposé, elle les estropie pour jamais ; d'autre part, le kyste qui reste dans l'encéphale est, par lui-même, une cause d'irritation qui renouvellera presque infailliblement les accès, aggravera la paralysie, et finira par enlever les individus. »

Rien de plus juste que ces remarques de Dugès : elles donnent, en peu de lignes, un résumé fidèle des accidents produits par l'épanchement sanguin. Il nous reste cependant quelques détails à y ajouter.

Lorsqu'on examine, au bout d'un certain temps, ces enfants qui ont eu des convulsions violentes et terminées par une hémiplégie, on remarque que leur tête grossit tantôt dans toute la circonférence de sa voûte, comme dans l'hydrocéphale, tantôt d'un seul côté. Cet accroissement se produit graduellement ; il est d'autant plus marqué que l'enfant est plus jeune, à cause de la facilité avec laquelle les os et les fontanelles se dilatent à cette époque. Au bout d'un an ou deux, la tête diminue d'une manière progressive, comme on peut le constater par la coiffure qui devient trop large, mais il reste toujours une dilatation à l'un des pariétaux. La compression du cerveau diminue en même temps, les enfants reprennent leur intelligence ; quelques-uns néanmoins restent imbéciles, ou au moins n'ont plus qu'une mémoire faible et infidèle (obs. 8.). Beaucoup demeurent sujets à des indispositions à la suite des changements de temps, à divers malaises, aux maux de tête, à ce qu'on nomme *état nerveux*.

Certains malades, bien qu'ils se tiennent sur leurs jambes, ne marchent que difficilement, et font des chutes fréquentes (obs. 6). Tout un côté du corps est moins développé, le membre supérieur est plus faible, la jambe éprouve un raccourcissement notable ; la paralysie musculaire ne cesse pas non plus complétement, mais elle se localise, se borne à certains muscles : presque toujours ce sont les extenseurs. La prédominance des fléchis-

seurs, et le poids même des membres, tiennent alors la main dans une flexion complète ; il faut un effort considérable de la part de l'enfant pour redresser le poignet et les doigts. Au pied et à la jambe, ce sont les extenseurs qui restent paralysés, et les fléchisseurs, tendant à courber le pied, déterminent la formation des pieds-bots.

Ainsi les pieds-bots, comme accidents consécutifs de l'éclampsie, peuvent être produits de deux manières : 1° *par contracture de certains muscles, sans paralysie des autres*; 2° *par prédominance naturelle des fléchisseurs sur les extenseurs paralysés ou atrophiés.*

Quant aux enfants qui ont éprouvé des convulsions moins fortes, et chez qui l'éclampsie ne s'est point accompagnée de lésions cérébrales, ils conservent ordinairement, malgré le nombre des attaques, toute leur intelligence, toute leur activité; seulement, à la suite des accès, l'on remarque fréquemment l'*état nerveux* dont nous parlions plus haut, des *tics douloureux* de la paupière (1) et des *hallucinations.*

Anciennes attaques d'éclampsie, hémiplégie gauche incomplète, arrêt partiel de développement du côté gauche, dilatation du pariétal droit.

Obs. VI. Pealat (Auguste), âgé de 7 ans, entré le 5 mai 1847, au n° 23 de la salle Saint-Augustin, avait eu, deux ans auparavant, de nombreuses attaques d'éclampsie, pour lesquelles il fut amené à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Baudelocque.

Dans le cours d'un de ses accès, il fut subitement paralysé de tout le côté gauche.

Cette hémiplégie persistant, on soumit l'enfant à un traitement énergique et suivi, consistant en bains de vapeur et en purgatifs répétés.

Sous l'influence de cette médication, le mouvement revint peu à peu dans la jambe et dans le bras, mais les muscles extenseurs de celui ci restèrent complètement paralysés. L'enfant sortit amélioré au bout de quelques mois ; mais depuis, son état étant resté le même, il rentra à l'hôpital le 5 mai, pour chercher une guérison complète. Voici quelle était alors sa position.

La joue gauche paraissait légèrement plus abaissée que la droite; lorsqu'on faisait rire l'enfant, ou qu'on lui ordonnait de tordre la bouche successivement à droite et à gauche, ce n'était que difficilement, et avec de grands efforts, qu'il pouvait attirer la commissure à gauche, tandis qu'il l'attirait rapidement et

(1) Bouchut, *Maladies des enfants nouveau-nés*, art. *Éclampsie.*

d'une manière bien plus marquée du côté droit. Il y avait encore une paralysie incomplète de la face.

Voici maintenant quel était l'état des membres autrefois paralysés. Lorsque l'enfant ne faisait aucun effort, sa main gauche restait pliée sur l'avant-bras ; les doigts étaient fléchis dans la paume de la main, le pouce en dedans. Lorsqu'il voulait ouvrir la main, il était obligé de plier le bras, et d'ouvrir ses doigts avec ceux de la main droite ; mais au moindre effort, les doigts se contractaient de nouveau. Il y avait donc une paralysie complète des extenseurs des doigts, et les fléchisseurs seuls avaient conservé leur action.

Ce que la physiologie venait de nous démontrer, nous pûmes le constater d'une manière, pour ainsi dire, mathématique ; car en mesurant la circonférence du membre malade et celle du bras droit resté sain, nous trouvames les résultats suivants :

Membre sain.		Membre malade.
Tour du bras au niveau de l'aisselle,	17 cent.	16
Id de l'avant-bras au pli du coude,	16	15
Tour du poignet,	11,5	11,5

Ce calcul nous démontre que le bras gauche est atrophié par rapport au droit, et que cette atrophie porte sur la partie charnue des muscles, puisqu'ailleurs les contours sont les mêmes. Les deux bras avaient, du reste, la même longueur.

Pour la jambe et la cuisse, les résultats étaient encore plus remarquables. Au premier abord, on remarquait que l'enfant boîtait en marchant, et que lorsqu'il reposait debout, appuyé sur les deux jambes, il s'inclinait légèrement du côté gauche. En faisant coucher le malade. la plante du pied droit dépassait d'un demi-centimètre celle du pied gauche. Quant au volume, le mollet droit avait un centimètre de plus que le mollet gauche pour la circonférence, et la cuisse, à sa partie supérieure, présentait une différence de *deux* centimètres. Il y avait donc non-seulement atrophie musculaire, mais arrêt de développement, puisque le membre gauche était plus court que l'autre ; nous devons ajouter que cette inégalité dans la force et le développement des deux membres abdominaux devenait pour l'enfant la cause de chutes fréquentes.

Après avoir constaté l'état des membres, notre attention se porta sur le développement du crâne. Au premier abord, on pouvait déjà constater que le pariétal droit était plus élevé, plus arrondi que le gauche, et que la bosse pariétale droite était portée bien plus en arrière. Nous prîmes ensuite un fil de fer,

afin d'avoir une mesure inextensible ; et partant de la protubérance occipitale, nous l'appliquâmes avec soin sur la peau du crâne en écartant les cheveux et venant aboutir au niveau de la racine du nez, vers la fin du sourcil. Les mêmes points de départ et d'arrivée furent pris des deux côtés ; et moyennant cette mesure, nous pûmes constater que le côté droit de la tête avait une circonférence de 1 centimètre 1/2 de plus que le côté opposé ; car le fil qui servait de mesure parfaite à gauche s'arrêtait toujours à 0,15^{mm} au-dessous du sourcil droit. Nous constatâmes les mêmes résultats en nous servant d'un mètre flexible.

Il résulte de cette observation, que le malade ayant le côté gauche paralysé et incomplètement développé, le côté droit de la tête au contraire plus volumineux, celui-ci doit contenir un kyste d'ancienne date. Or, la nature des accidents, le moment où ils sont arrivés, le développement subit d'une hémiplégie pendant des convulsions sont autant de raisons de croire que nous avions devant les yeux un kyste, sanguin des méninges résultat d'une hémorrhagie survenue comme complication des attaques éclamptiques.

Convulsions, hémiplégie, arrêt de développement ; mort. Kyste méningé.

Obs. VII. — Un enfant de 16 mois, qui se portait bien, fut pris de convulsions, qui affectaient particulièrement et d'une manière très-intense le côté droit. Le soir du même jour, il eut une seconde attaque, après laquelle il resta avec de la fièvre, la cécité, et la perte de la faculté d'avaler. Il resta dix jours dans cet état. Un nouvel accès de convulsions survint, après lequel la vision et la déglutition se rétablirent graduellement. De ce moment, il conserva un certain degré de paralysie du côté droit ; mais sous d'autres rapports, cet enfant se porta bien pendant quatre ans. Il eut alors des attaques épileptiformes, qui se renouvelèrent d'abord une fois tous les deux mois, mais qui devinrent ensuite graduellement plus fréquentes. Après un intervalle beaucoup plus long que d'ordinaire, quelques semaines avant sa mort, l'attaque fut déterminée par une frayeur.

Elle se renouvela ensuite très-fréquemment, et devint enfin fatale. L'enfant avait alors 12 ans. Son côté droit était resté faible, et au moment de sa mort l'*extrémité inférieure droite* était plus *courte* que l'*autre* de *trois pouces*. L'*intelligence* était si *faible*, que cet enfant ne *put jamais apprendre à lire*.

Autopsie. A la surface du cerveau, sous le pariétal gauche, existait une tumeur du volume d'un œuf, située entre la pie-

mère et l'arachnoïde. La substance de cette tumeur était intérieurement blanche et comme gélatineuse ; mais elle était très-ferme, et du flude séreux s'en écoulait sous le scalpel. — Il n'y avait aucun épanchement. (Abercrombie, *des maladies l'encéphale*, etc., trad. p. 478.)

Éclampsie, apoplexie méningée ; paralysie des fléchisseurs et développement incomplet du bras et de la jambe droite, dilatation du pariétal gauche ; pied-bot consécutif au pied droit.

Obs. VII. — Une jeune fille, âgée de 17 ans, avait été sujette dans sa jeunesse aux convulsions ; vers l'âge de 6 ans, l'une des attaques fut si violente, qu'elle resta ensuite sans connaissance pendant 12 heures. Lorsqu'elle revint à elle, on s'aperçut qu'elle était paralysée du côté droit. La paralysie ne fut pas longtemps complète, et peu à peu l'enfant retrouva les mouvements ; mais il lui resta une grande faiblesse, et les membres se développèrent beaucoup moins que ceux du côté gauche. Vers l'âge de 14 ans, le pied droit commença à se tourner en dedans et à s'enrouler sur lui-même, en formant un pied-bot varus. Voici l'état où elle se trouvait le 12 septembre 1849. Le poignet et la main droite sont presque toujours dans la flexion, il faut un effort de la malade pour les redresser ; les mouvements des doigts sont gênés et dépendants les uns des autres. Le pied droit offre une courbure prononcée à la plante du pied, et, en outre, une torsion latérale, suite également de la prépondérance des fléchisseurs sur les extenseurs. Le sentiment et le tact n'ont jamais été lésés.

La jambe gauche a	15mm	de moins que la droite,	en long.
Le mollet	30	id.	de circonférence.
Le poignet	10	id.	id.
L'avant-bras de l'olécrâne à l'apop. styloïde du cubitus.	10	id.	de longueur.

La circonférence de la tête, mesurée de l'apophyse mastoïde au sommet de la tête, offre 1 centimètre de plus à gauche pour le pariétal. Donc il y a eu épanchement sanguin dans le côté gauche des méninges, et développement de ce côté de la tête, tandis qu'il y avait paralysie et arrêt de développement dans le côté opposé du corps.

La jeune fille a toujours eu depuis une intelligence bornée, une mémoire extrêmement faible, et ne peut se rappeler d'un jour à l'autre ce qu'on lui a dit ; son frère et sa sœur ont eu comme elle des convulsions à l'âge de six ans, mais sans accidents consécutifs, et ont conservé toute leur mémoire.

Anatomie pathologique. — Notre dessein n'est pas de recher-

cher le siége des convulsions, de localiser l'éclampsie dans tel ou tel lobe du cerveau; tentatives dans lesquelles ont échoué les expérimentateurs les plus habiles. Nous voulons seulement constater les altérations organiques, les lésions qu'on rencontre à la suite des attaques éclamptiques, et que la succession naturelle des phénomènes doit faire considérer comme produites par les convulsions, et non comme cause occasionnelle de ces dernières.

Les *fractures*, les *luxations*, les *ruptures de tendons*, les *ecchymoses* de la *peau* ou de la *sclérotique*, ont été plus d'une fois le résultat de convulsions violentes. Les auteurs en ont donné un bon nombre d'exemples ; il est inutile d'y revenir ici. Mais nous désirons appeler l'attention, d'une manière plus spéciale, sur les trois lésions suivantes, savoir : 1° la *congestion cérébrale au niveau des circonvolutions du mouvement*; 2° les *épanchements séreux ventriculaires*; 3° les *hémorrhagies méningées et cérébrales*.

1° *Congestion cérébrale.* — Nous avons remarqué constamment dans toutes les convulsions cloniques, et dans l'éclampsie en particulier, une injection de la pie mère ; injection *très vive*, en *forme de couronne*, faisant le *tour* du *cerveau*.

Cette congestion partielle occupait une hauteur d'environ 3 à 4 centimètres, elle siégeait surtout sur les parties latérales des deux lobes cérébraux ; tantôt elle était uniforme et circulaire, tantôt disposée par plaques beaucoup plus rouges, alternant avec d'autres endroits moins congestionnés. Le reste des méninges n'offrait point la même injection, et contrastait même par sa couleur pâle avec les parties précédemment indiquées.

Or, il est digne de remarque que ce *siége* de l'*injection* correspond aux *circonvulutions* du *mouvement* d'après les observations de M. Foville.

Lorsqu'on enlevait la pie-mère, il restait sur le cerveau un piqueté rougeâtre correspondant aux vaisseaux congestionnés. C'est aussi en ces points que se font de préférence les extravasations sanguines, les hémorrhagies de la pie-mère, lorsqu'elles viennent compliquer les convulsions.

Ces congestions ne peuvent pas être un effet cadavérique, car les parties les plus déclives des méninges ne sont point ordinairement celles qui sont les plus injectées ; leur forme en couronne sert d'ailleurs à les distinguer de toutes les autres; jamais il n'y a production de pus ni de fausses membranes. On ne peut donc pas les rapporter à une méningite.

2° *Épanchements séreux dans les ventricules et le tissu sous-arachnoïdien.* — Chez les enfants qui ont succombé à de nom-

breuses attaques, et qui, pendant l'intervalle, n'ont pas repris leur connaissance ; chez ceux même qui n'ont eu qu'une attaque violente, mais suivie d'un coma de plus en plus marqué et terminé par la mort, on trouve un épanchement séreux abondant dans les ventricules cérébraux et une infiltration notable du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Les caractères de ce liquide sont ceux de la sérosité la plus pure et la plus limpide, sans fausse membrane ni dépôt d'aucune sorte.

Il nous a semblé en outre que généralement la quantité de l'épanchement était en rapport avec la longueur des accès et surtout du coma ; car chez ceux qui succombaient promptement, l'épanchement était presque nul ; considérable, au contraire (de 60 à 120 grammes), après un long coma, accompagné de plaintes, de cris prolongés, et de dilatation des pupilles.

Cette remarque ne serait peut-être point sans quelque valeur thérapeutique ; car chez les enfants qui présenteront de pareils symptômes, l'on pourra avec raison faire le rapprochement, et soupçonner un épanchement séreux ventriculaire. Or, comme celui-ci peut devenir assez considérable pour causer la mort, l'on prévoit combien alors seraient utiles les vésicatoires aux cuisses, à la nuque, et même sur le cuir chevelu, ou bien encore les purgatifs répétés à de courts intervalles.

3° *De l'apoplexie méningée, comme lésion de l'éclampsie.* — L'apoplexie méningée n'est point une maladie distincte, dont l'existence soit indépendante, et qui puisse attaquer les enfants comme l'hémorrhagie cérébrale attaque les adultes. Si l'on recherche, en effet, dans les divers ouvrages, des exemples d'hémorrhagies méningées, on ne tardera guère à être convaincu qu'elles ne surviennent que comme lésion ou complication des diverses maladies. On les rencontre surtout aux deux extrêmes de la vie, survenant dans le cours de certaines affections cérébrales.

Dans l'âge adulte et la vieillesse, elles sont fréquentes chez les aliénés, surtout chez ceux qui sont dans cet état qu'on a décrit sous le nom de *paralysie générale.* Bayle assure avoir rencontré, sur un huitième des individus qui avaient succombé à la méningite chronique, des épanchements sanguins dans l'arachnoïde.

Chez les enfants, on les rencontre souvent aussi, et alors, dans un grand nombre de cas, elles sont survenues à la suite de convulsions éclamptiques. Quant aux autres exemples, on les voit liées à des lésions mécaniques, à des compressions des veines, à des compressions ou des oblitérations des sinus cérébraux, à des coups, à des chutes sur la tête, ou enfin à la rétrocession d'un exanthème (teigne).

L'asphyxie de l'enfant pendant le travail prolongé de l'accouchement, ou au moment de la naissance, par inertie des forces inspiratrices, est encore une cause mécanique d'apoplexie cérébrale et méningée. M. le professeur Cruveilhier en cite un exemple dans son *Anatomie pathologique* ; plusieurs autres sont rapportés par Dugès et par M. Vernois. La mort est presque toujours immédiate.

Tels sont les cas où l'on a observé cette sorte d'apoplexie ; mais quant à ceux où elle serait survenue comme affection primitive et unique, comme maladie essentielle, ils sont si rares que la science n'en possède presque pas d'exemples. MM. Rilliet et Barthez rapportent cependant un fait de ce genre, dans lequel une fille de 12 ans, auparavant bien portante, tomba subitement sans connaissance, revint à elle hémiplégique, paralysée à la fois du sentiment et du mouvement, fut prise d'une diarrhée intense, et mourut. On trouva, à l'autopsie, un kyste méningé.

Contusions de l'épaule ; convulsions violentes suivies de mort au bout de trois heures ; apoplexie méningée.

Obs. VIII. — Anelot, du sexe masculin, né le 4 mars 1835, entra le 5 à la crèche, et fut transporté le 6 à l'infirmerie, pour une contusion de l'épaule. C'était un enfant bien développé, vigoureux, à face pleine et rose. L'épaule droite est tuméfiée, violette ; au moindre mouvement, l'enfant pousse des cris. La bouche est dans un état parfait ; toutes les fonctions s'exécutent très-bien.

Le 8, le gonflement a beaucoup diminué, la couleur violette a disparu ; on envoie l'enfant aux nourrices sédentaires.

Le 10, à huit heures du matin, la nourrice apporte en toute hâte l'enfant ; elle est effrayée des violentes convulsions qu'il vient d'avoir. Cependant il est calme, sa respiration n'est pas altérée ; il paraît dans un état parfait. Mais une heure après, de nouvelles convulsions surviennent : la face s'injecte ; le cou se roidit, ainsi que les membres ; la respiration est *pénible et saccadée.* Cet état dure une demi-minute, mais se reproduit quatre ou cinq fois dans l'espace de cinq à six minutes ; au bout de ce temps, le calme revient, et tout rentre dans l'ordre, l'enfant paraît en très-bonne santé. Enfin, à onze heures, un nouvel accès a lieu, et l'enfant meurt subitement, au bout de trois minutes, en faisant une aspiration profonde.

Autopsies, vingt-quatre heures après la mort. A la partie pos-

térieure des hémisphères, et à la face postérieure du cervelet, on trouve dans la cavité de l'arachnoïde une *exsudation sanguine de quatre à cinq lignes d'épaisseur* ; dans plusieurs points, on voit *de gros caillots noirs* très-adhérents à la séreuse qui tapisse la dure-mère. Les vaisseaux veineux qui rampent sur le cerveau sont énormément distendus ; les ventricules ne contiennent pas un demi-gros de sérosité ; les couches optiques et les corps striés sont fortement injectés, et ne présentent aucune altération ; les plexus choroïdes sont gorgés d'un sang noir. Cerveau peu consistant ; la substance blanche présente un pointillé rouge très-abondant ; rien dans le cervelet ni dans la protubérance. Les sinus sont remplis de sang. Le sinus longitudinal supérieur est entièrement rempli par un caillot blanchâtre, ferme, demi-transparent, gélatiniforme, non adhérent : ce caillot, très-consistant, est long de deux pouces ; toutes les veines qui venaient se rendre dans la partie du sinus qu'il occupe sont encore plus distendues que les autres et ont double de volume. Les veines de la base du crâne sont également gorgées de sang ; tous les vaisseaux, examinés avec soin, sont intacts, il n'y a aucune trace de rupture.

Attaques répétées d'éclampsie ; hémiplégie gauche subite ; arrêt de développement ; nouvelles attaques, mort ; plusieurs hémorrhagies méningées et cérébrales ; atrophie de la couche optique.

Obs. IX. — Un enfant de deux ans, bien constitué, robuste, mais peu intelligent, et dont la dentition était encore imparfaite, souffrait à cette occasion depuis plusieurs jours, lorsque des cris aigus poussés dans le voisinage l'effrayèrent et produisirent un accès violent d'éclampsie. Cet accès durait depuis deux ou trois heures, quand je fus appelé. La face était rouge, humide de sueur, et agitée de mouvements convulsifs répétés par secousses continuelles. Les mêmes secousses avaient lieu dans les muscles du thorax, des yeux et des membres, qui restaient en outre en contraction permanente ; les yeux étaient grandement ouverts, et les pupilles dilatées. Une potion antispasmodique parut diminuer les symptômes dès la première cuillerée, et tout disparut au bout de quelques autres. Trois à quatre mois plus tard, nouvel accès d'éclampsie, attribué cette fois à une indigestion. La congestion cérébrale était bien plus prononcée que la première fois, lorsque je fis appliquer quatre sangsues derrière les oreilles, et administrer la même potion ; il en résulta un soulagement instantané, bientôt suivi d'un rétablissement com-

plet. Je laissai au père, sur sa demande, la formule des médicaments employés, avec la recommandation expresse d'appliquer des sangsues toutes les fois qu'il y aurait un accès de longue durée avec rougeur de la face. Malheureusement, la potion ayant suffi à elle seule pour arrêter quelques accès moins violents, on n'eut recours qu'à elle dans une troisième attaque de la plus haute intensité. Celle-ci laissa après elle une hémiplégie de tout le côté gauche, qui persista jusqu'à la fin de la vie. Durant cet espace de temps, qui fut de deux ans et demi, l'éclampsie reparut à de fréquentes reprises, mais généralement avec peu d'intensité ; les convulsions duraient pourtant une à deux heures. Deux accès seulement eurent plus de durée et de violence : l'un, survenu cinq à six mois avant la mort, se prolongea durant cinq à six heures ; l'autre, qui enleva le petit malade, dura presque le double ; et je ne pus arriver qu'au moment où l'enfant venait de rendre le dernier soupir. Ce dernier accès fut déterminé par la peur, à l'occasion d'une chute très-légère.

Dans l'intervalle de ses accès, le petit malade reprenait beaucoup d'appétit, de force et d'embonpoint. Sous l'influence des bains de Balaruc, des frictions avec une pommade iodurée, des vésicatoires à la nuque, etc., la paralysie diminuait notablement, surtout dans les membres inférieurs ; l'enfant pouvait même se soutenir, marcher et courir, non sans des chutes fréquentes. Mais la main restait presque immobile, inclinée vers la face palmaire de l'avant-bras, et les doigts un peu fléchis ; le bras était susceptible de mouvements assez variés, mais peu étendus ; l'avant-bras était moins mobile encore. Une circonstance qui prouvait le peu d'empire que la volonté avait sur les muscles de ce membre, c'est que souvent l'enfant fermait la main quand on lui commandait de l'ouvrir, et qu'il y faisait ses efforts. Mais après des attaques un peu intenses, la paralysie redevenait presque complète, la progression, la station même, impossibles ; à la longue, le *pied tendit à s'enrouler en dedans*, et l'enfant ne put se soutenir qu'à l'aide d'une bottine.

L'intelligence s'était développée ; l'enfant était fort gai, vif, et dans un mouvement continuel ; seulement il était dans l'habitude de se frotter fréquemment le nez et de se frapper la tête contre des corps durs. La parole resta toujours très-imparfaite ; la bouche était habituellement à peine déviée : on ne s'apercevait qu'elle participât à l'hémiplégie, que par l'écoulement presque continuel de la salive par la commissure gauche, et, chose remarquable, lorque cet écoulement cessait d'avoir lieu, c'était pour les parents l'annonce d'un accès prochain, imminent même.

Dans les convulsions, la bouche se tirait au contraire fortement, et la mâchoire s'inclinait du côté paralysé. J'ai remarqué aussi, dans un accès peu violent, que les membres étaient plus fortement agités à gauche qu'à droite; cette remarque n'a pas été confirmée dans les attaques les plus graves : celles-ci différaient encore des moindres en ce que dans les dernières seules on observait une sorte de salivation ou d'émission de bave glaireuse, comme chez les épileptiques. La vue était habituellement saine, et il n'y avait de strabisme que pendant les accès.

Autopsie. Tout le membre inférieur gauche est sensiblement atrophié. Le talon répond à la malléole interne du pied droit, même en étendant la jambe, qui est un peu fléchie. L'avant-bras et la main gauche ont aussi des dimensions bien moindres que les mêmes parties du côté droit. Ventre ballonné, couleur violacée de tout le côté gauche (ceci est survenu après la mort); rigidité très-prononcée à droite, très-faible à gauche.

Beaucoup de sang s'est écoulé après l'ouverture du crâne; il sort des vaisseaux de la dure-mère, dont les sinus et les veines en sont gorgés. L'arachnoïde est en général un peu injectée, point adhérente à la substance cérébrale; la pie-mère est finement injectée à la partie supérieure et postérieure du cerveau, et à sa base; à la première de ces régions, la surface des circonvolutions offre une rougeur uniforme. Derrière la scissure de Sylvius, du côté droit, dans une étendue de 8 à 10 lignes en diamètre, l'arachnoïde adhère à la fois à la dure-mère et à la pie-mère, qui est là infiltrée de sérosité; au même point, du côté gauche, même état à un degré un peu moindre. Les plexus choroïdiens et la toile choroïdienne sont d'un rouge violet, et leurs veines remplies de sang; il y a un peu de sérosité rougeâtre dans les ventricules. Cerveau et cervelet sains; quelques petites ecchymoses sur le plancher du quatrième ventricule. Les couches optiques sont blanchâtres comme de coutume : la gauche a 14 lignes 1/2 de longueur sur 11 de large; la droite est intérieurement rosée, dure, elle n'a que 11 lignes de long sur 7 de large; en avant et en dedans sa dureté égale celle du squirrhe : du reste, le tissu cérébral y a conservé son aspect accoutumé et sa continuité ordinaire avec les parties voisines. On trouve aussi dans la couche optique gauche un noyau dur, allongé, circonscrit, de 3 à 6 lignes de longueur sur 2 de large, situé et dirigé en dehors et en arrière.

Au-dessus de la cavité ancyroïde droite, entre elle et le fond des circonvolutions, dont la surface était si rouge, est un noyau irrégulier, dur, d'un jaune roussâtre, et demi-transparent, cir-

conscrit par des limites assez nettes pour pourvoir se détacher de la substance cérébrale, qui est indurée à l'entour plus que le kyste même. Ce noyau est en effet formé par la surface séreuse intérieurement, mais à parois presque contiguës ; on y pourrait loger une fève de haricot. Les parois ont une épaisseur de 1 ligne à 1 ligne 1/2 ; on y voit quelques vaisseaux injectés. Pareil kyste à cavité aplatie, biloculaire, pouvant contenir deux pois ordinaires, est situé entre le milieu du corps strié droit et les circonvolutions cérébrales, qui sont aussi assez rouges à leur surface. La substance blanche qui environne ce kyste est également indurée, et trois prolongements en forme de cicatrice s'étendent en différents sens dans cette substance. Le kyste et les cicatrices sont jaunes, infiltrés, durs comme le premier décrit. Enfin un troisième kyste de même nature, entouré de même, mais beaucoup plus grand, d'où la sérosité a jailli, et dont la cavité pourrait contenir la dernière phalange du petit doigt, occupe la partie externe de la cavité ancyroïde gauche. La dureté de la couche optique gauche se dirigeait de son côté.

Beaucoup de sang a coulé encore du canal vertébral. Moelle parfaitement saine, cœur vide et flasque, poumons sains. Sept lombrics dans l'intestin grêle, qui n'était point enflammé à ce point.

Il est évident que cet enfant a succombé à un coup de sang, état assez démontré par la congestion de presque tout le sang du corps dans les vaisseaux de la tête. Il y avait eu problement, à trois époques différentes, des épanchements résorbés plus tard, et dont les kystes étaient la seule trace. L'atrophie de plusieurs points de l'encéphale en a été la conséquence. Cette atrophie de la couche optique droite était bien évidemment la cause de l'hémiplégie dont l'enfant n'avait pu être guéri.

Éclampsie, mort ; hémorrhagie de la pie-mère.

Obs. X.—Valet (Louis), âgé de trois ans et demi, enfant rachitique, mais bien portant du reste, entra, le 8 avril 2847, dans la salle Saint-Ferdinand, n° 39, pour une ophthalmie. Le 13 juillet au matin, l'enfant avait toute sa gaieté ; il s'était levé et amusé comme les autres. Mais le soir il était mal à son aise ; cela ne l'empêcha point de manger au dîner, par fantaisie, ce qu'il put obtenir. Trois heures après le repas, à 6 heures 1/2 du soir, il fut pris tout à coup d'une violente convulsion qui dura cinq ou six minutes, et cessa pour faire place à une agitation très-grande avec cris et plaintes vives. L'enfant semblait souffrir beaucoup ; sa peau était sèche et *brûlante* ; le pouls, à près de 180.

La connaissance était conservée en partie, mais le ventre très-sensible à la pression et très-ballonné. La figure était pâle et altérée.

Ayant appris que l'enfant avait mangé, je donnai en même temps 0,08 de tartre stibié, en deux prises, à un quart d'heure d'intervalle. Au bout d'une demi-heure, l'enfant commença à vomir et rendit en deux fois divers aliments. Immédiatement, en moins d'une demi-minute, la peau qui était brûlante devint très-fraîche ; le malade sembla beaucoup mieux : il parlait un peu et reprenait sa gaieté. Cependant le pouls était toujours d'une grande fréquence ; aussi, peu de temps après, la chaleur ruparut, la figure devint beaucoup plus pâle et altérée, l'enfant se plaignit de nouveau, et à une heure du matin recommencèrent avec une grande violence les vomissements. Il vomit par deux fois ; à la seconde, il retomba sans mouvement sur son lit : il était mort.

Autopsie. — L'estomac renfermait encore un verre de liquide rougeâtre contenant du vin et des aliments. L'orifice œsophagien et tout le grand cul-de-sac de l'estomac, où se trouvaient les liquides, étaient injectés ; on y voyait des arborisations vasculaires d'un rouge vif.

En ouvrant le crâne, on trouva le tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré de sérosité, mais point de sérosité dans les ventricules. En examinant la surface du cerveau, on remarquait une vive injection de la pie-mère, injection circulaire en forme de couronne, située sur les parties latérales antérieures et postérieures, comme une zone, haute de 3 centimètres. Le reste des méninges était très-pâle. A gauche et en arrière l'on voyait au-dessous de la pie-mère un épanchement sanguin de la largeur d'une pièce de 5 francs ; sa couleur était d'un rouge foncé uniforme comme celle du sang nouvellement épanché ; en enlevant la pie-mère, on laissait sur le cerveau une couche sanguine mince qui se détachait complétement sous l'influence d'un filet d'eau. Une seconde hémorrhagie pareille à la première, mais de moindre dimension, se remarquait à la partie antérieure et un peu latérale du lobe droit. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

10. *Mémoire sur la mort apparente des nouveau-nés* ; par M. P. Cazeaux, professeur agrégé, membre de la Société de biologie, etc.

(Gazette médicale de Paris, N° 17 ; 1850.)

Dans les conditions ordinaires, le nouveau-né est à peine au dehors des parties génitales qu'il respire librement, et pousse des cris plus ou moins violents ; mais il arrive souvent qu'au moment de la naissance l'enfant donne à peine quelques signes

de vie, et se présente dans un état de mort apparente, qui serait bientôt suivi de la mort réelle si les soins convenables n'étaient promptement administrés.

Cet état de mort apparente se montre sous deux aspects bien différents, décrits par la plupart des accoucheurs sous les noms d'apoplexie et d'asphyxie des nouveau-nés. Depuis longtemps déjà quelques accoucheurs anglais et allemands ont rejeté ces dénominations, comme caractérisant mal les états pathologiques auxquels on les appliquait. M. P. Dubois, dans un article plus récent, après avoir fait remarquer que le caractère anatomique le plus constant de l'apoplexie chez l'adulte manque dans ce qu'on a appelé l'apoplexie du fœtus, et que des différences énormes existent entre les symptômes de l'asphyxie chez l'adulte et ceux de l'état asphyxique du nouveau-né, conclut aussi qu'on a eu tort de donner le même nom à des états si dissemblables : avec M. Nægèle, il désigne, sous le nom de mort apparente, l'état de l'enfant nouveau-né sur lequel on ne voit aucun signe de vie, et sur lequel on ne reconnaît aucun de ceux de mort.

Les deux termes de cette définition sont évidemment contradictoires, puisque la mort se reconnaît à l'absence complète des signes de la vie. Pour nous la mort apparente est un état dans lequel, malgré l'abolition des actes de la vie animale, il reste au moins quelques-unes des fonctions de la vie organique et nécessairement les battements du cœur.

En examinant avec soin les symptômes de la mort apparente des nouveau-nés, tantôt on voit quelle est caractérisée par la rougeur vive de la face et de la partie supérieure du corps, la saillie et l'injection du globe oculaire, le gonflement du visage dont la peau offre çà et là des taches bleuâtres ; tantôt on est frappé par la décoloration de la peau et la flaccidité des chairs. Dans le premier cas, la tête est gonflée, extrêmement chaude, les lèvres gonflées et d'un bleu foncé ; les yeux sortent de la tête ; la langue est collée au palais ; souvent la tête est allongée, dure, le visage un peu gonflé ; les battements du cœur, quelquefois encore assez forts et distincts, sont d'autres fois très obscurs et très-faibles ; le cordon ombilical est parfois gorgé de sang.

Dans le second, l'enfant est d'une pâleur mortelle ; les membres sont pendants et flasques : sa peau est décolorée, et souvent souillée par du méconium ; les lèvres sont pâles ; la mâchoire inférieure est pendante ; le cordon ombilical palpite faiblement ou point du tout ; les battements du cœur sont très-affaiblis. Souvent un enfant, dans cet état, remue encore au moment de

la naissance et crie ; mais il retombe aussitôt après dans l'état de mort apparente.

Ces différences dans les caractères physiques des enfants nés dans un état de mort apparente peuvent tenir sans doute à des périodes différentes du même état pathologique, et on a eu tort de vouloir en faire absolument les signes différentiels de lésions très-différentes. Aussi, quoique convaincu que, dans quelques cas, ils doivent modifier profondément le traitement, et que, sous ce rapport, il est important d'en tenir compte, je ne crois plus pouvoir en faire la base de distinctions nosologiques, vraiment impossibles à justifier. L'expression de mort apparente ne préjugeant rien sur la nature et la cause de cet état, mérite par cela même d'être conservée.

Pour être compris dans ce que nous allons dire de la mort apparente des nouveau-nés, nous croyons devoir exposer très-brièvement le mécanisme suivant lequel s'établit la respiration aussitôt après la naissance.

Tous les physiologistes s'accordent à admettre que la moelle allongée ou bulbe rachidien est le foyer central et le régulateur des mouvements respiratoires de l'adulte; c'est également d'elle que part l'excitation motrice de la première inspiration.

Marshall-Hal a essayé de montrer par des expériences que la première inspiration résultait d'une action réflexe (1), produite par l'excitation que les nerfs de la surface du corps, et en particulier le trifacial, recevaient du contact de l'air extérieur, et que la respiration, une fois établie, continuait sous l'influence de l'action réflexe due à l'irritation du nerf pneumogastrique, par le contact de l'air introduit dans le poumon.

Les mouvements respiratoires, suivant le même physiologiste, peuvent aussi s'opérer sous l'influence d'autres causes : telles sont, par exemple, les modifications imprimées à la moelle allongée par une grande perte de sang, et les excitations que pro-

(1) Une impression faite à nos organes peut, en parcourant des voies différentes dans la masse cérébro-spinale, donner lieu à des mouvements de nature distincte. Ainsi, tantôt transmise à l'encéphale directement par les nerfs sensitifs crâniens, ou indirectement par les nerfs de la moelle épinière, elle va s'élaborer dans la région encéphalique où réside le *sensorium commune*, s'y transforme en sensation, et par conséquent arrive à la connaissance de l'animal qui peut réagir par des mouvements volontaires. Tantôt également transmise par les nerfs sensitifs, soit à l'encéphale, soit à la moelle épinière, cette impression occasionne, sans se transformer nécessairement en sensation, une excitation immédiatement réfléchie sur les nerfs moteurs : d'où ses mouvements dits *réflexes*, à la production desquels la volonté n'a aucune part.

La puissance qui donne ainsi lieu à des mouvements sans la participation de la volonté a été considérée comme une faculté spéciale de l'axe cérébro-rachidien, et désignée sous le nom de *pouvoir*, *faculté*, ou *propriété réflexe*.

duit en elle le sang veineux. Tous les mouvements respiratoires de l'asphyxie incomplète rentrent dans cette dernière catégorie.

Dans les cas normaux où le fœtus, n'ayant nullement souffert pendant le travail, a conservé intacte sa sensibilité cutanée, l'irritation produite par le contact de l'air extérieur sur les nerfs inspirateurs, produit les mouvements respiratoires.

Mais que, au moment de sa naissance, le fœtus ait été depuis un certain temps privé des éléments respiratoires qu'il puise dans le placenta, ou que celui-ci étant décollé immédiatement après l'expulsion de l'enfant, un obstacle quelconque s'oppose à l'introduction de l'air dans les bronches, il y a dans les deux cas, commencement d'asphyxie; le sang non oxygéné irrite par son contact la moelle allongée, et cette irritation, transmise aux nerfs inspirateurs, peut encore solliciter les mouvements respiratoires des muscles de la face, de la poitrine, de l'abdomen, et produire enfin une première inspiration (1). Le moteur central sera bientôt remplacé par l'action réflexe des ramifications des nerfs pneumogastiques irritées par l'air introduit dans les poumons, et la respiration continuera sous l'influence seule de l'action réflexe.

Lorsque, par suite de la compression du cordon ou du décollement du placenta, le fœtus est menacé d'asphyxie dans les derniers temps de la grossesse ou pendant le travail, les mouvements convulsifs et les efforts respiratoires précèdent sa mort; aussi les mères disent alors qu'après avoir beaucoup remué, leur enfant a cessé tout à coup de se mouvoir, et Béclard a vu un fœtus renfermé encore dans sa poche intacte faire des mouvements inspiratoires, et inspirer de l'eau au lieu d'air. C'est ainsi encore que, dans certaines positions de la face, le fœtus a pu respirer, quoique renfermé encore dans le sein de la mère, et le vagissement utérin, qui suppose toujours une inspiration antérieure, ne peut s'expliquer que de la même manière. Dans tous ces cas, en effet, le sang non oxygéné a irrité la moelle allongée, et celle-ci, à son tour, transmet cette irritation aux nerfs inspi-

(1) Marshall-Hall enlève le cerveau à un jeune chat; il coupe les nerfs pneumogastriques et ouvre la trachée-artère. Il voit la respiration se ralentir, mais continuer avec régularité. S'il bouche l'ouverture faite à la trachée, la scène change aussitôt : l'animal ouvre sa bouche largement, fait de violents efforts d'inspiration et offre quelques mouvements convulsifs. S'il rouvre la trachée, la respiration devient aussi régulière qu'auparavant; s'il la ferme, les phénomènes d'asphyxie se reproduisent. Dans les deux cas, c'est évidemment dans l'organe central, ou la moelle, qu'est l'excitation de la respiration, puisque la destruction du cerveau, la section des pneumogastriques, rend impossible l'action réflexe.

rateurs. L'action réflexe ne peut en aucune façon être invoquée.

Gardons-nous toutefois de confondre ces deux excitateurs de l'inspiration : le premier est l'excitant naturel ; l'autre est toujours pathologique, et seulement destiné à suppléer le stimulus normal. Or toute action pathologique n'est qu'un effort pour accomplir un acte physiologique devenu difficile ou impossible ; et s'il peut, dans quelques cas, rappeler un enfant à la vie, il peut, dans beaucoup d'autres, être insuffisant.

Souvent, en effet, l'enfant qui, né dans un état de demi-asphyxie à la suite d'un travail pénible, fait quelques brusques et violents mouvements d'inspiration, succomberait assez vite si l'action réflexe n'était mise en jeu, et si celle-ci ne remplaçait bientôt complétement l'excitant pathologique qui tout à l'heure agissait seul sur la moelle allongée.... Mais comme, dans cet état, la sensibilité émoussée de la peau n'est plus suffisamment excitée par l'air extérieur, des moyens particuliers doivent être employés, tant qu'il en est temps encore, pour réveiller l'action excito-motrice des nerfs cutanés et lorsque l'asphyxie n'est pas trop avancée, ils sont suivis de succès. Mais lorsque l'enfant est très-faible et petit, ou que les causes d'asphyxie ont trop longtemps fait sentir leur influence, les contractions des muscles inspirateurs sont faibles et éloignées ; elles cessent bientôt complétement ; le cœur cesse de battre, l'enfant est mort. Si, lorsque le cœur bat encore, on parvient à réveiller l'action réflexe des muscles inspirateurs, on produit un brusque mouvement inspiratoire à chaque excitation, après lequel les phénomènes de l'asphyxie continuent comme auparavant ; et l'enfant succombe, quoi que l'on fasse.

S'il est vrai que l'impression produite sur la peau du corps et du visage par le froid extérieur, soit la première et l'unique cause de l'action réflexe de la moelle allongée sur les nerfs inspirateurs, et détermine ainsi la première inspiration, on comprend que toutes les circonstances propres à diminuer notablement ou à détruire la sensibilité cutanée retardent ou rendent impossible le premier effort inspiratoire, et placent le fœtus dans un état de mort apparente. Les causes de celles-ci sont donc toutes celles qui paralysent plus ou moins les centres nerveux, dont l'influence complétement inutile à l'entretien de la vie fœtale, devient indispensable à la prolongation de la vie extra-utérine.

Or ces causes sont assez nombreuses, et à l'exception de quelques-unes, elles exercent toutes leur influence fâcheuse pendant les derniers temps du travail. Elles peuvent se diviser : 1° en lésions de la respiration ; 2° lésions de

la circulation ; 3° lésions des centres nerveux. Les premières peuvent produire l'asphyxie à des degrés plus ou moins prononcés ; les secondes peuvent produire une hémorrhagie fatale à l'enfant ; les troisièmes enfin affectent directement les centres nerveux, et les rendent impropres aux fonctions qu'ils doivent remplir aussitôt après leur naissance.

1° *Lésions de la respiration.* — Elles résultent toutes d'obstacles à la respiration ; ainsi pendant le travail on a signalé : la compression du cordon ombilical entre les parois du bassin et la tête ou le tronc de l'enfant ; l'entortillement serré du cordon autour du cou ou d'une autre partie, entortillement qui peut à la fois gêner la circulation veineuse du cerveau et celle du sang dans les vaisseaux ombilicaux ; le décollement prématuré du placenta, qu'il soit ou non inséré sur le col, décollement qui, entraînant toujours la déchirure des vaisseaux utéro-placentaires, rend l'hématose fœtale tout aussi impossible que la compression ; la rétraction très-prononcée de l'utérus, lorsque dans l'accouchement par le siége, la tête seule est dans l'excavation, et l'enfant ne peut pas respirer, car cette rétraction, portée au delà de certaines limites, rend à peu près imperméables au sang les vaisseaux utérins. Dans tous les cas, l'asphyxie est évidemment le résultat de la suspension de la respiration placentaire : c'est le contact du sang noir qui, chez le fœtus comme chez l'adulte, asphyxie, paralyse l'action du cerveau.

Enfin, après la naissance, on comprend facilement que l'accumulation des mucosités dans le nez, la bouche et les voies aériennes, pouvant s'opposer à l'introduction de l'air dans les bronches, peut encore produire l'asphyxie ; mais ici le mécanisme en est absolument le même que chez l'adulte, puisqu'elle résulte d'un obstacle mécanique à l'introduction de l'air extérieur dans les vésicules pulmonaires.

Les symptômes apoplectiques de cet état sont faciles à reconnaître ; la surface du corps paraît gonflée, elle est d'un violet ou plutôt d'un bleu noirâtre ; cette coloration est plus marquée aux parties supérieures du corps, et surtout à la face. Les muscles sont sans mouvements ; les membres conservent leur flexibilité, le corps sa chaleur ; les pulsations du cordon, du pouls, celles même du cœur, sont quelquefois obscures et peu sensibles.

A l'ouverture des cadavres, on trouve les vaisseaux de l'encéphale gorgés de sang ; quelquefois aussi ce fluide est épanché à la surface des membranes, ou dans l'intérieur même de la substance du cerveau. Le plus souvent, suivant M. Cruveilhier, l'épanchement est limité à la surface du cervelet ; quelquefois il

recouvre les lobes postérieurs du cerveau. Rarement il occupe la cavité des ventricules. Dans tous les cas observés par M. Cruveilhier, il y avait dans l'arachnoïde vertébrale assez de sang pour distendre la dure-mère. C'est alors encore que l'on rencontre ces congestions du foie si communes chez les enfants naissants ; ces congestions, dit Billard, varient considérablement sous le rapport de la quantité de sang accumulé dans le tissu de l'organe ; il s'y trouve quelquefois en assez grande abondance pour donner lieu à une sorte d'exsudation sanguine à la surface du foie, dont la convexe est dans ce cas teinte et humectée par une couche de sang répandu ou étalé en nappe. J'ai vu même, chez plusieurs enfants, un épanchement de sang dans l'abdomen résulter de cette turgescence. Les poumons sont aussi gorgés de sang.

L'état extérieur du fœtus asphyxié n'est pas toujours celui que nous venons de décrire, et, comme le fait remarquer M. Jacquemier, rien n'est plus commun que de voir le fœtus naître sans coloration anormale de la peau, et même avec une pâleur et une flaccidité des membres très-remarquables, bien que la cause de la mort apparente ait été la compression du cordon. Cette différence tient-elle, comme le pense M. Jacquemier, à ce que, dans ce dernier cas, la suspension de la respiration placentaire a été rapide et brusque, tandis que, dans le premier, elle a été lente et graduelle? Cela est probable, puisque les mêmes différences s'observent dans l'asphyxie des adultes, et que les malheureux qui, suivant l'observation de M. Devergie, meurent sous un éboulement de terrain, présentent cette décoloration des téguments. La promptitude de la mort réelle peut ici expliquer cette partilarité. Mais il ne faut pas oublier que cette pâleur extérieure est aussi la conséquence d'une asphyxie lente mais par trop prolongée, et qu'elle succède souvent à la coloration violacée des tissus ; que nous voyons tous les jours cette succession s'opérer sous nos yeux, quand l'asphyxie a duré trop longtemps ; et qu'un enfant né avec une coloration très-prononcée devient assez rapidement pâle et flasque, si à l'aide des moyens employés on ne parvient pas à le faire respirer. Il est évident que, dans ce dernier cas, la décoloration des tissus est l'expression symptomatique d'un degré plus avancé ; les battements du cœur, qui auparavant étaient encore assez forts et assez nombreux, perdent de leur fréquence et de leur intensité, reviennent seulement à de longs intervalles, et la mort réelle ne tarde pas à succéder à la mort apparente. En bien! ces phénomènes dont nous sommes quelquefois témoins se passent de la même manière quand le fœtus, privé de respiration placentaire, est encore renfermé dans le sein

de la mère. Si, au moment de la naissance, l'asphyxie dure depuis peu de temps, l'enfant présentera la turgescence de la face, la couleur violacée de la peau, la fermeté des chairs, des pulsations du cœur encore assez nombreuses et régulières ; qu'un plus long temps se soit écoulé depuis l'interruption de la circulation fœto-maternelle, l'enfant sera pâle, décoloré, les battements du cœur et du cordon faibles et intermittents ; qu'enfin l'asphyxie se soit prolongée au delà des limites compatibles avec la vie du cœur, et le fœtus sera réellement mort au moment de son expulsion.

Ces deux états, en apparence si différents, tiennent donc à la même cause, et sont simplement deux degrés de l'asphyxie. Si, étiologiquement, ils ne doivent pas être distingués, il est important d'en tenir compte au point de vue du pronostic, car l'un est beaucoup plus grave que l'autre ; au point de vue du traitement, car les mêmes moyens ne leur sont pas applicables.

2° *Lésions de la circulation fœtale.* Les déchirures du cordon ou du placenta peuvent seules produire une hémorrhagie capable de porter atteinte à la vie fœtale. Elles sont fort heureusement assez rares. Quand la perte est abondante, l'enfant succombe avant la terminaison du travail ; mais si une circonstance quelconque vient s'opposer à la continuation de l'hémorrhagie, l'enfant peut encore naître vivant, mais dans un état de mort apparente analogue à celui de la syncope. Le défaut d'influence nerveuse tient manifestement ici à ce que le cerveau et le bulbe ne reçoivent plus la quantité de sang nécessaire pour qu'ils puissent réagir à leur tour sur les nerfs inspirateurs. Ce cas est des plus graves. L'enfant est décoloré, tous les muscles dans le relâchement le plus complet ; quelquefois pourtant il fait quelques courtes inspirations, pousse quelques cris très-faibles ; mais pour peu que l'hémorrhagie ait été abondante, il s'éteint au bout d'un temps assez court.

3° *Lésions des centres nerveux.* Le système nerveux céphalo-rachidien ne préside à aucune des fonctions dont l'intégrité est nécessaire à l'entretien de la vie fœtale, et la respiration, la circulation et la nutrition sont tout à fait sous la dépendance des nerfs de la vie organique. Ce sont les ganglions et leurs nerfs qui, comme des organes sécrétoires, retirent du sang régénéré ce principe de sensibilité et de motilité organiques, nécessaire aux mouvements involontaires ou automatiques, nécessaire aussi au maintien de l'irritabilité et de la vitalité des organes. La vie du fœtus est purement végétative ou organique, quoique déjà il possède des organes de la vie animale. Ainsi s'expliquent la vie

et le développement des acéphales, car là où l'organe manque, manquent aussi les fonctions : et pourtant ces monstres sont doués d'irritabilité, ils exercent des mouvements, et leur vie se maintient intacte jusqu'au terme de la grossesse.

Puisque le cerveau et la moelle sont complétement étrangers à l'accomplissement des fonctions du fœtus, on prévoit sans peine que les lésions dont ils peuvent être le siége pendant la grossesse ou le travail, ne doivent en rien troubler l'harmonie de ces fonctions, et n'exercer aucune influence sur la vie intra-utérine. Aussi n'est-ce qu'après la naissance que l'altération ou la paralysie cérébro-spinale s'opposent à l'établissement de la vie animale, alors même que la vie organique se manifeste encore par l'intégrité de la circulation, et même de la respiration placentaire. La première respiration est, comme nous l'avons dit plus haut, le résultat des incitations du bulbe rachidien, incitations produites elles-mêmes par l'impression de la température de l'air ambiant sur les téguments du nouveau-né ; mais, pour que cette impression ne soit pas stérile, il faut que la sensation soit perçue par l'organe central, et celui-ci est incapable de les percevoir dans les lésions graves de l'axe cérébro-spinal. Il y a donc cette différence importante à établir entre les diverses circonstances qui peuvent plonger le fœtus dans cet état de mort apparente.

C'est ainsi qu'il faut comprendre l'influence que peut avoir : 1° la compression violente que subit le cerveau dans certains cas de rétrécissement du bassin ; 2° celle qui, dans quelques cas difficiles, peut résulter de l'application du forceps et du levier ; 3° celle qui résulte d'une congestion vasculaire, due à la gêne apportée au retour du sang veineux dans certains accouchements par la face, dans les cas où plusieurs circulaires du cordon sont fortement serrées autour du cou, et dans les cas où celui-ci est fortement serré par le col utérin spasmodiquement rétracté ; 4° enfin, la compression produite parfois par des épanchements sanguins, soit à la surface, soit dans l'intérieur même de la substance cérébrale.

C'est encore de la même manière qu'il faut comprendre l'action des lésions de la moelle allongée, lésions qui, on le sait, sont produites avec la plus grande facilité par l'exagération du mouvement de rotation imprimé à la tête, par les tractions exercées sur l'extrémité céphalique, ou sur l'extrémité pelvienne, alors que la tête est arrêtée plus ou moins haut dans le bassin, par les épanchements enfin qui peuvent se faire à la base du crâne et à la partie supérieure du canal rachidien.

Les lésions du cerveau ne s'opposant pas d'une manière absolue à l'établissement de la respiration, n'ont pas la gravité de celles de la moelle allongée. La destruction de la partie très-considérable de l'encéphale n'a pas toujours empêché l'enfant de respirer, de crier après sa naissance, et même de vivre plusieurs jours. Un fait semblable s'observe chez les anencéphales. Cela fait assez pressentir que, dans les accouchements difficiles, la compression momentanée subie par la tête peut momentanément aussi suspendre l'action cérébrale, mais que cette suspension ne mettant pas un obstacle absolu à la respiration, l'espèce de commotion, d'ébranlement subi par le cerveau, peut s'effacer assez promptement pour que la vie se continue.

Il n'en est pas de même des altérations de la moelle allongée, moteur unique des mouvements respiratoires; elle ne peut être affectée profondément sans rendre impossible la vie extra-utérine. Ainsi s'explique, dans la présentation de l'extrémité pelvienne, la mort si fréquente des enfants quand on a pratiqué des tractions sur le tronc pour opérer le dégagement de la tête.

Traitement. Puisque, quelle qu'en soit la cause, la mort apparente peut offrir les symptômes si différents dont nous avons parlé plus haut, il est évident que l'inspection de l'enfant ne peut rien nous apprendre sur la cause de l'état dans lequel il se trouve, Bien que pour nous la décoloration de la peau et la flaccidité des membres soient des signes d'un pronostic très-grave, il nous est impossible de préciser le degré des désordres cérébraux et de prévoir, par conséquent, quel sera le résultat des moyens propres à ranimer l'enfant. Dans le doute, il faut les soigner tous, comme s'ils donnaient quelque espoir de guérison. Une demi-heure, une heure, et même plus, écoulées depuis l'accouchement, ne sont pas un motif suffisant pour désespérer, et l'on peut citer un grand nombre de faits qui prouvent que des enfants ont pu résister une heure à l'asphyxie, et être encore rappelés à la vie. Le silence prolongé du cœur, l'absence complète de toute pulsation à la région précordiale constatée plusieurs fois et à plusieurs reprises, est le seul signe que l'on puisse considérer comme détruisant toute espérance. Le cœur est l'*ultimum moriens,* et je ne crois pas qu'on soit jamais parvenu à réveiller ses pulsations complétement éteintes. Mais la mollesse et la flaccidité des tissus, le refroidissement du tronc et de la face (1), n'autorisent nullement à abandonner l'enfant, pour peu que le cœur offre en-

(1) Les expériences sur les animaux à sang chaud prouvent qu'ils résistent d'autant plus longtemps à l'asphyxie, qu'ils sont placés dans une température plus basse.

core quelques battements même très-faibles, très-éloignés et très-irréguliers.

Lorsque les nouveau-nés s'offrent à nous avec l'injection générales des capillaires de la face et du tronc, lorsqu'ils offrent enfin les caractères de cet état appelé autrefois *apoplexie*, il est évident que l'indication première est de faire cesser l'engorgement du cerveau et des poumons. C'est ce que l'on obtient en coupant promptement le cordon ombilical, et en laissant écouler quelques cuillerées de sang : le plus souvent la respiratipn s'établit aussitôt après, s'il n'y a pas d'obstacles à l'introduction de l'air dans les poumons, tels que des mucosités qui obstruaient l'arrière-bouche, mucosités qu'il faut enlever, soit avec l'extrémité du petit doigt, soit avec la barbe d'une plume ; on voit alors la teinte bleue et violacée disparaître peu à peu, et faire place à une teinte rosée, d'abord sur les lèvres, puis sur les joues et le reste du corps.

La circulation est quelquefois tellement affaiblie et comme engourdie que les artères ombilicales ne versent pas de sang ; alors on peut provoquer son effusion en plongeant l'enfant dans un bain, et en exprimant à plusieurs reprises le cordon de son insertion vers le lieu de sa section. Quand à l'aide de ces moyens on ne parvient pas à obtenir du sang, il faut suivant quelques personnes, appliquer une sangsue derrière chaque oreille. Mais cette application ferait perdre un temps précieux, bien mieux utilisé en recourant aux moyens suivants :

Cette petite saignée étant pratiquée, il faut appliquer tous ses soins à réveiller par des excitations multipliées et variées, la sensibilité de la peau et l'action réflexe des nerfs cutanés.

Suivant Marshall-Hall, le meilleur moyen consiste à asperger vigoureusement la face et le corps de l'enfant avec de l'eau froide ; aussitôt après on le trempera dans un bain chaud, puis on l'enveloppera de flanelles chaudes. L'efficacité de ce mode de traitement, qui peut être répété plusieurs fois de suite, dépend surtout de la rapidité avec laquelle il sera employé. L'impression du froid et du chaud doit être brusque et prompte, on emploie ensuite, pour stimuler la peau, les frictions sèches avec la main, une brosse, une flanelle sèche, des frictions avec des liqueurs irritantes, comme vinaigre, eau-de-vie. M. Moreau insiste beaucoup et avec raison sur de légères percussions faites avec la face palmaire des doigts sur les épaules et les fesses ; il est aussi souvent très-utile de porter une irritation sur les surfaces muqueuses. On met dans la bouche un peu d'eau-de-vie, du vinaigre ; on insuffle dans l'anus de la fumée de carte ou de papier brûlé ; on

introduit dans le nez, dans le fond de la gorge les barbes d'une plume trempée dans du vinaigre, dont on peut se servir encore pour désobstruer en même temps l'arrière-bouche des mucosités qui peuvent s'opposer à l'accès de l'air. Lorsqu'on peut soupçonner que des mucosités sont accumulées dans les voies aériennes, on doit, suivant le conseil de Dewees, placer l'enfant sur le ventre, en ayant soin de placer les pieds plus haut que la tête, et en imprimant à tout le tronc quelques légères secousses; on parvient ainsi à désobstruer la trachée et à rendre plus facile l'arrivée de l'air. C'est, dit l'auteur américain, un moyen d'une grande utilité et à l'aide duquel je suis parvenu à sauver un grand nombre d'enfants (p. 192). Après quelques instants, l'enfant sera de nouveau plongé dans un bain chaud, frotté avec des flanelles chaudes puis soumis immédiatement à des aspersions froides.

Ces moyens seront continués longtemps après l'établissement régulier de la respiration pour prévenir l'asphyxie secondaire.

On exposera encore utilement le corps de l'enfant à un courant d'air froid, en lui imprimant brusquemant des mouvements semblables à ceux de la balançoire ; et même après l'avoir ranimé et habillé, on pourra exposer sa figure à l'air frais, ou mieux l'éventer pendant quelques instants.

On a conseillé d'exercer une forte succion sur les mamelles, dans le but de dilater mécaniquement le thorax. Cette succion, dit Desormeaux, sans effet pour le but qu'on se propose, me semble propre à stimuler les muscles qui meuvent les côtes. Mais un moyen plus puissant et que vante beaucoucoup le même auteur est une sorte de douche portée directement sur les parois du thorax, douche qui se fait en prenant dans sa bouche une gorgée d'eau-de-vie, et en la soufflant avec force contre la paroi antérieure de la poitrine. Il est, dit-il, rarement nécessaire de réitérer plusieurs fois ce moyen ; on voit bientôt son emploi produire une contraction convulsive des muscles inspirateurs ; le sang et l'air pénètrent le poumon ; la respiration s'établit irrégulièrement ; d'abord elle est faible et comme convulsive, mais bientôt elle devient plus forte et plus régulière.

Si ces excitations sur les nerfs spinaux et facial étaient insuffisantes, on agirait sur les ramifications du pneumo-gastrique par l'insufflation.

L'insufflation compte aujourd'hui un assez grand nombre de succès pour qu'on doive y recourir toutes les fois que les moyens dont nous venons de parler n'ont pas réussi. Dans un très-bon mémoire sur ce sujet, M. Depaul a victorieusement réfuté les

objections formulées contre elle, et confirmé par ses expériences les résultats obtenus déjà par MM. Duméril et Magendie. Comme eux il a vu qu'on se faisait une fausse idée de la résistance des vésicules pulmonaires, et que, pour produire leur déchirure, il faut souffler avec une force bien supérieure à celle qui est nécesaire pour obtenir une simple dilatation. Il a prouvé par des faits que l'insufflation réussissait à rappeler à la vie des enfants que l'insuccès des moyens généralement proposés semblait vouer à une mort certaine ; que même dans les cas où elle était impuissante, parce que les lésions causes de la mort apparente étaient au-dessus des ressources de l'art, elle pouvait, lorsque l'action du cœur n'était pas encore éteinte, rendre ses pulsations plus fortes et plus fréquentes, et même parfois déterminer une inspiration spontanée mais incomplète.

M. Depaul, qui a rendu un véritable service en appelant l'attention sur un moyen généralement abandonné comme dangereux par les uns, comme inutile par les autres, a proposé quelques règles de conduite que je crois devoir reproduire, au moins en abrégé.

Il se sert de la canule de Chaussier ; il en a seulement fait disparaître les ouvertures latérales et les a remplacées par une ouverture terminale.

L'enfant, dont on entretient la température par des linges chauds, doit être placé de manière à ce que la poitrine soit plus élevée que le bassin, et la tête un peu inclinée en arrière, pour rendre plus saillante la partie antérieure du cou. Après avoir débarrassé la langue et le pharynx de toute mucosité, on porte l'index gauche, en suivant la ligne médiane de la langue, jusqu'à l'épiglotte. La main droite, tenant le tube comme une plume à écrire, dirige le long du doigt sa petite extrémité jusqu'à l'entrée du larynx, l'incline vers la commissure gauche des lévres et, par quelques légers mouvements, cherche à soulever l'épiglotte ; il suffit alors de redresser l'instrument et de le porter en même temps vers la ligne médiane, pour que son extrémité traverse la glotte. C'est là le seul temps un peu difficile de l'opération, car assez souvent le tube s'engage dans l'œsophage. Aussi, avant d'insuffler, doit-on s'assurer de sa position, en promenant le doigt sur le larynx et la trachée, et en imprimant à l'instrument des mouvements de latéralité pour voir s'ils sont suivis par le larynx. D'ailleurs, dès la première insufflation, on s'aperçoit de suite de l'erreur, car lorsque l'instrument est porté dans l'œsophage, un soulèvement considérable de l'épigastre précède celui de la base de la poitrine ; s'il est dirigé, au contraire, dans

le larynx, la dilatation de la poitrine est uniforme, et l'abaissement du diaphragme seul produit la saillie épigastrique.

Pour empêcher le reflux de l'air qu'on va pousser et le forcer à pénétrer dans les voies aériennes, on lui ferme toute issue par l'œsophage, la bouche et les narines. Une pression modérée, exercée avec l'instrument, sert à appliquer la paroi antérieure de l'œsophage contre la postérieure. Avec le pouce et l'indicateur, on pince fortement les lèvres des deux côtés de la canule, et l'on bouche les narines en pressant le nez avec les deux doigts médius.

Les insufflations doivent être assez rapprochées les unes des autres; M. Depaul croit qu'il faut en faire dix à douze par minute. Après chacune d'elles, l'élasticité des vésicules suffit pour expulser par la canule la plus grande partie de l'air; toutefois il peut être utile de rendre l'expiration plus complète par des pressions convenablement exercées avec la main largement appliquée sur le devant de la poitrine.

Le temps pendant lequel on doit insister sur les insufflations est très-variable. Ainsi les faits prouvent que tantôt un quart d'heure a été suffisant, tantôt il a fallu les prolonger trois quarts d'heure, une heure et même une heure et demie.

Lorsque sous leur influence le cœur s'est ranimé, et bat 130 fois par minute, je crois, dit M. Depaul, qu'il est du devoir du médecin de continuer jusqu'à l'apparition d'inspirations spontanées qui se renouvellent au moins de cinq à six fois par minute ; s'arrêter après une première serait, dans beaucoup de cas, compromettre la vie de l'enfant ; mais lorsque, après avoir réveillé les battements du cœur et même obtenu quelques efforts des muscles inspirateurs, on voit tout cela s'affaiblir et disparaître, on peut, après dix à douze minutes, cesser l'insufflation. Je n'ai jamais vu, dans ces cas, qu'on soit parvenu à ranimer les enfants.

De temps en temps il est nécessaire de retirer la canule pour la débarrasser des muscosités qui l'obstruent. Quand la trachée renferme des mucosités abondantes, facilement indiquées par un gargouillement manifeste, on peut, à l'aide de quelques aspirations, en engager dans la canule des quantités considérables et rendre ainsi plus efficaces les insufflations ultérieures.

S'il survient quelques inspirations, spontanées, il faut momentanément suspendre l'insufflation.

Enfin si tous ces moyens avaient échoué, et qu'on eût une pile à sa disposition, on pourrait faire passer quelques courants électriques à travers les muscles inspirateurs ; mais c'est un auxiliaire sur lequel il ne faut pas trop compter.

L'électricité est en effet beaucoup moins active sur le fœtus que sur l'adulte. L'expérience a prouvé, par exemple, que des fœtus de serpent bien développés étaient peu sensibles à l'action du galvanisme avant d'avoir respiré, tandis que peu après ils jouissaient d'une sensibilité très-délicate.

Les mêmes moyens doivent être employés dans les cas de mort apparente où les enfants sont pâles et décolorés ; seulement on comprend que, loin de faire saigner le cordon ombilical, il faut s'empresser de le lier, même avant de le couper.

Quelques personnes ont conseillé, dans les cas d'asphyxie, de ne couper le cordon ombilical qu'après l'établissement régulier de la respiration pulmonaire, espérant que la persistance de la circulation fœto-placentaire remplacerait la respiration extra-utérine non encore établie. Sans admettre, avec le docteur King, que cette pratique, permettant aux contractions du cœur de chasser tout le sang dans le placenta, expose le fœtus à mourir exsangue, je pense que, dans le plus grand nombre de cas, cette précaution est au moins inutile, et même nuisible en faisant perdre un temps précieux. Presque toujours, en effet, le placenta est décollé en partie et même en totalité peu de temps après la sortie de l'enfant, et alors même que ses adhérences fussent intactes, la rétraction de l'utérus, qui succède à l'expulsion de l'enfant, a tellement modifié la circulation des parois utérines et celle des vaisseaux utéro-placentaires, que l'enfant ne pourrait certainement y trouver que des ressources insuffisantes. Cependant, si par le toucher on ne trouve pas le placenta sur le col, et que par suite on puisse croire qu'il a conservé ses rapports normaux avec la matrice, on peut, lorsque le fœtus est pâle et décoloré, ne pas se presser de couper le cordon, surtout s'il présente encore des pulsations. Mais dès qu'il cesse de battre, ou dès qu'on s'aperçoit que le placenta est décollé, il faut s'empresser d'en opérer la section.

Certains enfants, après avoir crié et respiré assez librement, retombent encore après quelques heures, quelquefois même après quelques jours, dans un état de mort apparente qui se termine rapidement par la mort réelle, si de prompts secours ne sont pas administrés. Cette mort apparente secondaire peut tenir, comme celle que nous venons de décrire, à une véritable asphyxie, ou à un défaut d'influence nerveuse auquel les excitations employées immédiatement après la naissance n'ont remédié que momentanément. L'asphyxie est produite soit par un corps étranger placé aux ouvertures de la bouche et des narines, soit par l'accumulation de mucosités dans l'arrière-gorge. Enlever les

corps étrangers, désobstruer l'arrière-bouche à l'aide d'une barbe de plume, ou les bronches en sollicitant les vomissements par la titillation de la luette, tels sont les premiers moyens à employer. On pourra, si la face est violacée, appliquer avec succès une sangsue derrière chaque oreille, ou suivant le conseil de Kennedy, sur les fontanelles. Lorsqu'on peut attribuer les accidents au défaut d'action cérébrale, c'est aux excitants déja conseillés plus haut qu'il faut de nouveau avoir recours.

---

11. *Du diagnostic de la syphilis considérée comme une des causes possibles de la mort du fœtus;* par M. le professeur Paul Dubois.

(Gazette médicale de Paris, N° 21 ; 1850.)

On sait que la syphilis peut atteindre le fœtus dans le sein de sa mère, soit que celle-ci la lui ait directement communiquée, soit que, par l'acte de la fécondation, il l'ait reçue de son père. Les effets de cette transmission sont différents quant à l'époque à laquelle ils se manifestent et quant à l'influence qu'ils exercent sur la santé et sur la vie de l'enfant. Il est possible, en effet, que celui-ci naisse sain en apparence, et que l'infection ne se révèle chez lui que plusieurs jours ou plusieurs semaines, et peut-être beaucoup plus longtemps encore après la naissance. Il est possible aussi que la maladie se manifeste pendant la vie intra-utérine, que l'enfant en apporte les tristes témoignages en naissant, qu'il y succombe plus ou moins longtemps après, ou qu'il y survive, grâce au prompt et utile emploi d'un traitement convenable. Il est possible enfin, et ce dernier cas est malheureusement trop commun, que le fœtus infecté meure avant de naître.

Dans les deux premiers cas, les désordres apparents témoignent de la nature du mal, et ils indiquent, dans la supposition très-admissible de nouvelles grossesses, les bases d'un traitement curatif pour les parents, et prophylactique pour les enfants à venir.

Mais cette indication précise et salutaire nous échappe trop souvent dans le troisième cas, c'est-à-dire lorsque les enfants ont succombé dans le sein de leur mère. En effet, leur mort ne dévoile pas la cause qui l'a produite ; car elle peut résulter de lésions ou d'affections très-diverses ; parmi celles-ci je ne puis m'empêcher de signaler les maladies des annexes, et surtout les altérations du placenta, qui ne me paraissent ni assez connues des médecins praticiens ni assez recherchées dans les circonstances où il importerait qu'elles le fussent.

On peut croire, il est vrai, que les renseignements relatifs à l'état de santé précédent ou actuel des parents et l'examen cadavérique du fœtus, en permettant de constater des lésions syphilitiques connues, suffiront pour éclairer sur la cause réelle de sa mort ; mais cette ressource est beaucoup moins précieuse qu'on ne peut le croire au premier abord. Le fœtus n'est pas généralement expulsé aussitôt après qu'il a cessé de vivre ; un temps assez long s'écoule souvent entre le moment de sa mort et celui de son expulsion, et pendant ce délai, les altérations cadavériques diverses que subissent le tégument externe ou les surfaces muqueuses, sont plus que suffisantes pour effacer les traces des lésions, soit extérieures, soit profondes, que l'affection syphilitique a pu produire. Il est d'ailleurs très-possible que cette affection soit mortelle pour le fœtus sans l'intervention d'aucune des manifestations pathologiques extérieures ou inférieures que l'on sait être le résultat ordinaire de la maladie vénérienne. Et quant aux renseignements attendus des parents, il arrive fréquemment qu'aux motifs d'incertitude déduits de l'insuffisance des témoignages cadavériques, s'ajoute celle qui résulte des souvenirs confus, des indications vagues ou inexactes, de réticences calculées, enfin de l'ignorance possible des parents à l'égard des conditions réelles de leur santé. Aussi l'embarras des praticiens peut-il être extrême lorsqu'il s'agit de choisir une médication qui puisse prévenir le retour du même événement. Il ne reste alors d'autre ressource que celle d'admettre, pour ces cas de mort inexpliquée du fœtus, l'hypothèse, fondée ou non, d'une infection syphilitique, et de soumettre les parents, ou l'un d'eux, à un traitement antivénérien. Mais indépendamment des inconvénients possibles d'une telle détermination, on conviendra sans doute qu'il vaudrait beaucoup mieux qu'elle fut établie sur une donnée plus scientifique et plus positive. Il m'a paru que celle-ci pouvait être trouvée dans l'observation attentive des faits, et surtout dans la recherche d'une altération pathologique spéciale, et qui est, je crois, caractéristique d'une affection vénérienne.

En examinant, il y a plusieurs années, la cadavre d'un enfant nouveau-né qui présentait les indices les moins équivoques d'une affection syphlitique congénitale à laquelle il avait succombé quelques jours après sa naissance, je fus frappé d'une altération remarquable du thymus. Cet organe, dont les dimensions, la forme la couleur et la consistance étaient à peu près celles de l'état normal, contenait un grand nombre de petits foyers purulents. Cette altération ne me parut d'abord avoir d'autre rapport avec l'affection vénérienne que celui d'une simple coïncidence. Je me

proposai néanmoins de faire ultérieurement des recherches à ce sujet, et quelques semaines après un enfant étant né et mort dans les mêmes conditions que le précédent, je pus découvrir également chez lui une suppuration du thymus.

Les exemples d'affection syphilitique des nouveau nés n'étant pas rares dans les hôpitaux destinés à recevoir des femmes en couches, et cette affection lorsqu'elle est congéniale, devenant presque toujours mortelle, les occasions de constater la présence du pus dans le thymus comme phénomène au moins concomitant d'une maladie vénérienne, ne me manquèrent pas. Mes observations sur ce sujet furent donc nombreuses ; je me contenterai d'en citer quelques unes.

Obs. I. — Julie M... est accouchée d'un garçon offrant les apparences d'une bonne constitution et d'une bonne santé ; cependant quatre jours après sa naissance, quelques taches parurent sur les membres, le tronc et la figure ; la paume des mains et la plante des pieds prirent une teinte violette foncée et sur ces parties se développèrent bientôt de véritables pustules d'un blanc opaque, formées par le soulèvement de l'épiderme, et contenant un liquide purulent assez épais ; quelques-unes d'entre elles s'étant spontanément ouvertes laissèrent apercevoir le derme injecté et très-superficiellement ulcéré. Des pustules semblables se montrèrent disséminées sur les jambes, sur les fesses et sur les bras. Dès ce moment l'enfant, d'abord robuste, maigrit rapidement et succomba huit jours après sa naissance.

L'autopsie eut lieu le lendemain ; les poumons avaient incomplétement respiré ; le lobe inférieur du poumon droit offrait une densité insolite. Le thymus ne présentait rien de remarquable quant à sa couleur et à son volume ; mais en le pressant après l'avoir incisé, il était facile d'en exprimer des goutelettes d'une matière semi-liquide, d'un blanc jaunâtre ayant toutes les apparences d'un liquide purulent. Soumise à l'examen microscopique par M. Donné, cette matière lui a offert tous les caractères d'un véritable pus.

La mère de cet enfant, d'une forte constitution et d'une bonne santé, ne porte aucune trace apparente d'affection syphilitique ; elle assure n'avoir eu que quelques flueurs blanches, et quant à la santé du père de son enfant, elle ne peut donner aucun renseignement positif.

Obs. II. — M... est accouchée à terme d'un garçon qui présente, au moment même de sa naissance, sur différentes parties du corps, mais surtout à la face palmaire des mains et à la plante des pieds, des pustules d'un blanc éclatant formées par un sou-

lèvement de l'épiderme et contenant du pus. Ces pustules se détachent sur le fond violet foncé de la peau des mains et des pieds. Cet enfant maigrit rapidement et succombe le sixième jour après sa naissance.

L'examen cadavérique a lieu le lendemain. Quand on incise les pustules, on en fait sortir un liquide purulent épais, et l'on remarque que le derme dénudé est rouge, mais n'est pas sensiblement ulcéré. Le thymus présente la couleur et le volume de l'état normal, mais lorsqu'on l'incise et qu'on le presse, on en exprime facilement un liquide blanc jaunâtre, d'une consistance semi-liquide et présentant tous les caractères physiques du pus.

La mère de cet enfant assure n'avoir jamais été atteinte d'une affection vénérienne, et elle n'en porte aucune trace apparente; mais elle ajoute que le père de son enfant, employé en qualité d'infirmier dans un hôpital militaire, a été atteint il y a plus d'un an d'une maladie vénérienne pour laquelle il est encore soumis à un traitement.

Obs. III. — Maria M. est accouchée d'une fille morte, et qui paraissait avoir succombé quinze jours environ avant sa naissance.

La surface du corps de cet enfant ne présente aucune trace de bulles ou de pustules. L'épiderme de la cuisse gauche est partiellement détaché, et celui de presque toutes les autres parties s'enlève avec une grande facilité et par le moindre frottement.

La cavité du péritoine et celles des plèvres renferment une certaine quantité de sérosité sanguinolente. Les organes abdominaux n'offrent aucune altération notable; ceux de la poitrine présentent de petites ecchymoses sous la forme de taches rouges. Celles-ci sont particulièrement remarquables par leurs dimensions sur le thymus. Cet organe, examiné comparativement avec un thymus sain, n'offre, eu égard à son volume et à sa consistance, aucune différence sensible; mais si on le presse après l'avoir incisé, on en exprime un liquide d'un blanc jaunâtre qui présente à l'œil nu et au microscope tous les caractères du pus. Ce liquide parait être disséminé dans le tissu de l'organe, et non réuni en un foyer.

Deux ans avant son accouchement, la mère de cet enfant avait été atteinte de syphilis, et traitée pour cette affection à l'hôpital Saint-Antoine. Il y a un an, elle est accouchée à l'hospice de la Maternité d'un enfant très-maigre, dit-elle, et qui est mort quinze jours après sa naissance. Plus tard elle eut une vaginite aiguë et des tumeurs aux régions inguinales. Quand cette femme, enceinte de huit mois, s'est présentée à la Clinique, où elle fut ad-

mise, elle était affectée d'une éruption générale et de nature syphilitique; le fœtus vivait alors. La succession des faits que je viens de rappeler nous fit pressentir sa mort possible et plus ou moins prochaine, et l'altération du thymus.

Ces prévisions furent bientôt justifiées.

Le fœtus succomba en effet quinze ou dix-huit jours après l'entrée de la malade à la clinique d'accouchements, et l'autopsie permit de reconnaître la présence du pus dans le thymus.

Aux mêmes époques et dans le même établissement, beaucoup d'autres enfants ont succombé peu de jours après leur naissance, ou sont nés morts par des causes évidemment étrangères à toute infection syphilitique, et je ne me rappelle pas que l'examen comparatif qui a été fait du thymus chez eux y ait jamais révélé la présence d'un liquide purulent.

Dans les cas qui viennent d'être exposés, la part que l'infection vénérienne avait prise à la mort des enfants était rendue évidente par les indices certains de la syphilis, développée soit chez leur mère, soit chez eux-mêmes, avant ou après leur naissance. Et quand ces indices ont manqué, l'influence de la syphilis a été rendue très-probable par les témoignages des parents, ou au moins de l'un d'eux. Mais ces faits appartiennent à la pratique des hôpitaux, et s'ils peuvent, pour ce motif même, offrir quelques difficultés de diagnostic qui résultent de l'ignorance ou de l'incurie des parents, et surtout de l'absence presque constante du père, ils sont du moins exempts de celles qui, dans la pratique de la ville, résultent tout à la fois d'une réserve trompeuse de la part des parents et de la circonspection qu'exige une question aussi délicate de la part du médecin. J'en pourrais indiquer de nombreux exemples; il me suffira d'en citer un seul.

Obs. IV. — Madame..., déjà mère de deux enfants bien portants, redevint enceinte cinq ans après la naissance du dernier. Cette grossesse parvint au septième mois sans avoir été troublée par la moindre indisposition.

A cette époque, Madame... éprouva tout à coup un frisson violent, suivi d'une réaction fébrile intense et de courte durée; mais un malaise extrême suivit ces premiers accidents, et les mouvements du fœtus, devenus un peu plus faibles et plus rares depuis quelques jours, cessèrent soudainement. L'expulsion d'un enfant mort eut lieu trois semaines après.

Enceinte pour la quatrième fois deux années plus tard, Mad... parvint, après beaucoup de précautions, au milieu du huitième mois; alors les accidents qui avaient précédé la mort du fœtus dans la dernière grossesse (frisson, réaction fébrile intense et

malaise extrême) se manifestèrent encore. Les mouvements du fœtus ne furent plus sentis, et Madame... accoucha d'un enfant mort à la fin du huitième mois.

J'avais été consulté pour ce second cas, mais à une époque où la mort du fœtus était déjà certaine. J'en recommandai l'examen le plus attentif après l'accouchement, et j'insistai surtout pour que l'état des annexes fût scrupuleusement observé. J'étais en cette occasion plus préoccupé de la pensée de quelque lésion sérieuse du placenta que je ne l'étais d'une affection vénérienne, et bien que je susse comme tout médecin, qu'il n'est pas de position sociale qui mette à l'abri de cette dernière, l'idée ne s'en présenta pas à mon esprit, et je ne prescrivis pas un examen particulier du thymus. Je l'ai regretté beaucoup depuis. Madame... n'avait certainement subi aucune atteinte de syphilis, et son mari avait affirmé que jamais aucun indice d'une affection vénérienne dont il aurait pu conserver les traces ne s'était manifesté chez lui. Cependant j'appris quelques mois après, par son médecin, qu'il avait été soumis à un traitement antivénérien pour une éruption dont la nature syphilitique n'était pas douteuse. Je crois maintenant que l'examen du thymus, s'il avait eu lieu dans ce cas, aurait pu éclairer une question obscurcie à dessein par des renseignements inexacts.

Des faits qui précèdent, j'ai cru qu'il m'était permis de conclure : 1° que la présence du pus disséminé ou réuni en foyers dans le thymus d'enfants nouveau-nés qui avaient succombé à une syphilis évidente, devait être considérée, non plus comme une simple coïncidence, mais comme un résultat et un témoignage de la maladie dont ils étaient atteints ; et 2° que cette altération autoriserait, en l'absence de toute indice explicatif de la mort du fœtus, à prescrire un traitement antivénérien comme le seul moyen de prévenir le retour du même accident.

Je suis loin toutefois de regarder ces conclusions comme rigoureuses ; avec moins d'expérience, je pourrais avoir cette prétention. Mais je crois, au contraire, que le sujet de ce travail mérite encore d'être attentivement étudié. Il se pourrait, en effet, que la suppuration du thymus ne fût pas une conséquence constante de l'infection syphilitique chez le fœtus ou l'enfant nouveau-né, bien que je l'aie toujours observée dans les cas où la syphilis est devenue mortelle. Il se pourrait même que, contrairement à mes observations, cette altération ne fût pas un résultat exclusivement propre à l'affection vénérienne chez le fœtus, et qu'elle fût aussi consécutive à des états pathologiques étrangers à la syphilis. Dans l'un comme dans l'autre de ces deux cas, la

suppuration du thymus, que je regarde comme le témoignage d'une infection vénérienne, perdrait beaucoup de la valeur que je lui ai donnée. Des recherches ultérieures éclaireront sans doute cette question.

Il m'importe cependant de signaler une cause possible d'erreur. Le thymus sécrète, pendant la plus grande partie de la vie fœtale, un liquide blanchâtre et visqueux qu'avec un peu d'inattention on pourrait prendre pour du pus, erreur dont l'examen microscopique ne préserverait peut-être pas, parce que le liquide normal du thymus contient un certain nombre de globules muqueux fort analogues aux globules purulents. Mais le fluide sécrété par le thymus a une couleur blanche opaline transparente qui ne doit pas permettre de le confondre avec une véritable pus, qui en diffère par sa consistance crémeuse, sa couleur jaune et son opacité.

J'ajouterai, à cette occasion, qu'il me paraît probable que, dans la plupart des cas, la présence du pus dans le thymus est le résultat d'une inflammation des conduits et du réservoir de cet organe, conduits et réservoir si bien décrits par Astley Cooper (1). La dissémination habituelle de la matière purulente et son apparition en goutelettes quand on exerce une compression suffisante, me semblent indiquer le siége particulier de la suppuration.

Je ne terminerai pas ce travail sans jeter un coup d'œil sur l'état actuel de la science relativement au sujet spécial dont je viens de m'occuper, et la première question qui se présente est celle de savoir si des faits analogues à ceux qui font la base de ce travail ont été observés par d'autres et interprétés dans le sens que je leur ai donné.

Le thymus considéré au point de vu pathologique n'a été le sujet que d'un très-petit nombre de recherches et de publications; cet organe n'a un développement et des fonctions de quelque importance que pendant une très-courte période de la vie, et il n'est pas surprenant qu'il ne figure presque jamais dans l'exposé des recherches cadavériques. Les sources auxquelles on peut puiser sont donc peu nombreuses. Cependant quelques observations relatives à ce sujet, mais faites chez l'adulte, se trouvent dans un mémoire d'Haugsted, publié en 1832, et en partie inséré dans les *Archives de médecine* (2). Dans ce travail, consacré à l'étude de l'anatomie et de la pathologie du thymus, deux faits empruntés à Lieutaud sont rapportés en ces termes :

(1) *The anatomy of the thymus gland*, Lond. 1832, trad. dans le journal hebd. de méd., t. VIII, 2e année.

(2) T. III, 2e série. 1833.

« Un jeune homme de 18 ans était infecté de la maladie vé-
« nérienne. A la suite d'un traitement mercuriel qui échoua
« contre son mal, il tomba dans une fièvre lente accompagnée
« d'une toux très-fatigante. Il s'y joignit une oppression de poi-
« trine, des sueurs colliquatives; le marasme survint, les forces
« tombèrent et il mourut. Les poumons obstrués et tuberculeux
« nageaient dans une sérosité purulente : *on trouva le thymus* al-
« téré par la suppuration, ainsi que les parties voisines et par-
« ticulièrement l'œsophage. »

« Dans le cadavre d'un autre jeune homme également affecté
« de syphilis, on trouva des exostoses nombreuses à la face in-
« terne du crâne; la trachée et le larynx étaient en plusieurs
« points affectés de carie; les poumons étaient tuberculeux *et le*
« *thymus suppuré.* Plusieurs choses se firent remarquer dans
« l'abdomen, comme les lésions de divers viscères, mais surtout
« les vaisseaux lymphatiques, qu'on voyait se dessiner très-dis-
« tinctement en bien des endroits, sans aucune préparation
« anatomique. »

Ces faits me semblent avoir quelque analogie avec ceux que j'ai observés. Je ne me dissimule pas toutefois qu'il s'en faut peut-être de beaucoup qu'ils aient, pour l'éclaircissement de la question qui me préoccupe, la valeur qu'on pourrait leur donner au premier abord; en effet, les sujets chez lesquels ils avaient été observés n'étaient pas seulement atteints de syphilis, ils étaient encore tuberculeux, et il n'est pas impossible que cette dernière circonstance ait eu plus de part que la syphilis à la production des abcès du thymus ; et c'est ainsi que l'auteur du Mémoire les avait interprétés. « La suppuration du thymus, dit-il,
« est assez rare à la suite d'une inflammation franche..... Il
« convient de faire remarquer que la plupart des observations
« qu'on donne pour des exemples de suppuration du thymus
« sont bien plutôt des cas de tubercules, car on les voit coexister
« avec des tubercules pulmonaires; et quant aux descriptions
« qu'on en donne, elles paraissent presque toujours se rapporter
« à des tubercules suppurés; c'est probablement à cette classe
« qu'appartiennent les observations de Haller, Lieutaud, Gran-
« zin, etc. » Ainsi les faits que je viens de rappeler n'avaient fait naître dans l'esprit de ceux qui les avaient observés ou mentionnés aucune idée d'un rapport quelconque entre la suppuration du thymus et l'infection syphilitique. Ce qui est certain d'ailleurs, c'est qu'aucune indication relative, même à la simple coïncidence de ces deux états pathologiques, ne se trouve dans les divers ouvrages classiques consacrés à l'étude des maladies

vénériennes. La même omission existe dans les descriptions peu nombreuses et peu complètes encore du pemphygus infantilis, que je regarde comme un résultat et un indice certains de l'affection syphilitique chez les nouveau-nés. Je ne sache pas du moins qu'on ait expressément indiqué la coëxistence de cette éruption et d'une suppuration du thymus, à plus forte raison n'a-t-on pas signalé la relation probable de cause et d'effet qui existe entre ces deux états pathologiques.

Cependant, si la suppuration du thymus n'a pas frappé l'attention des observateurs comme étant une conséquence et un indice de l'affection vénérienne chez le fœtus, d'autres lésions organiques ont été signalées à ce double titre. Un accoucheur distingué, qu'une longue maladie a depuis quelques années éloigné de la pratique, considère comme le témoignage d'une affection syphilitique mortelle pour le fœtus les noyaux indurés blanchâtres, et les collections sanguines multiples que présente souvent le parenchyme du placenta. Je ne sais si cette opinion repose sur des obs rvations probantes, mais je suis certain que les altérations que je viens de rappeler se voient chaque jour dans des cas où il serait impossible de leur prêter avec la moindre apparence de raison une origine syphilitique. Et quant à la mort fréquente du fœtus dans ces cas, il est beaucoup plus naturel de la considérer comme le résultat à peu près inévitable d'une désorganisation plus ou moins étendue du délivre, que celui d'une infection vénérienne.

Dans un intéressant mémoire sur la péritoinite développée pendant la vie fœtale, le docteur Simpson a constaté que, dans un grand nombre des cas de cette maladie qu'il a rassemblés et qui ont été mortels pour le fœtus, les mères avaient offert des symptômes syphilitiques. Il a été en conséquence conduit à regarder l'inflammation péritonéale mortelle pour le fœtus, comme un résultat assez fréquent d'une infection vénérienne aurait qui lui été transmise par sa mère. Il me parut très-probable, dit-il d'après les recherches que j'ai déjà faites sur ce ce sujet, qu'une grande proportion des enfants de mères syphilitiques, lesquels succombent dans les derniers mois de la gestation, ont été victimes d'une inflammation péritonéale. Il ajoute cependant qu'avant d'attribuer à cette cause une influence trop grande et trop exclusive, il doit rappeler que, dans un certain nombre des cas qu'il a cités, les mères ne paraissaient avoir été soumises à l'action d'aucune maladie suspecte ou à celle de tout autre dérangement de la santé (1).

(1) *On peritonitis in the fœtus in utero*, p. 19 et 20, in *Edimburgh med. and surg. Journal*, n° 137.

Depuis quelque temps un jeune médecin, M. le docteur Gubler, qui s'est appliqué à la recherche et à l'étude des lésions organiques produites par la syphilis, a constaté un altération fibro-plastique du foie chez les enfants qui succombent à une affection syphilitique développée plus ou moins longtemps après leur naissance. Cette altération d'un organe qui occupe matériellement et fonctionnellement une place si importante dans la cavité abdominale chez le fœtus et l'enfant nouveau-né, se lie par quelques rapports peut-être à l'affection péritonéale signalée par le docteur Simpson. M. Gubler se propose, si je ne me trompe, de publier bientôt le résultat de ses intelligentes recherches, et je n'ai pas mission pour en parler davantage.

Il résulte de ce court exposé des faits publiés ou des opinions exprimées relativement à la question dont je me suis occupé, qu'aucun travail spécial n'a été jusqu'à présent entrepris dans le but d'en provoquer la solution.

De nouvelles et nombreuses recherches sont donc nécessaires. J'ajouterai sans doute à celles que j'ai fait connaître ; mais je sollicite aussi le concours de mes confrères, et c'est dans ce but que je soumets maintenant ce travail à leur appréciation. Si leurs recherches les conduisent aux conclusions que j'ai proposées, ils auront certainement contribué à éclairer un point de pratique dont l'importance doit être surtout appréciée par les médecins qui s'appliquent à l'étude et à l'exercice de l'art des accouchements.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OHPTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 12. *Traitement de la chute des cheveux ou de l'alopécie;* par le docteur CAZENAVE, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(Suite et fin : *voir* t. III, mars 1850, p. 131 ; t. IV, avril, p. 137.)

(Journal des Connaissances médico-chirurgicales, mars 1850.)

B. *Alopécie par inflammation aiguë.— Eczéma, impétigo,* etc. Toutes les maladies cutanées qui se présentent au cuir chevelu et à l'état aigu, peuvent produire des phénomènes alopéciques plus ou moins prononcés : ainsi l'érythème et l'érysipèle, ainsi l'eczéma et l'impétigo. Dans ces diverses maladies, l'inflammation peut se propager à tout le cuir chevelu, intéresser le conduit pilifère et affecter plus ou moins la capsule elle-même. Dans

l'érythème et dans l'érysipèle, l'alopécie, ou plutôt la chute des cheveux a lieu à peu près en même temps que la desquamation qui juge ces phlegmasies. Quand l'eczéma siége au cuir chevelu, il est quelquefois remarquable par des produits squamoso-lamelleux assez épais pour entraîner de petites touffes de cheveux souvent agglutinés ensemble ; mais dans l'impétigo, surtout, on remarque de ces croûtes épaisses qui séjournent au même point pendant un temps indéfini, et que l'on a signalées sous le nom vulgaire de *galons* : ces croûtes, en tombant, entraînent nécessairement des quantités plus ou moins notables de cheveux ; et il peut arriver, même, que ces *galons* persistent au point de produire la destruction du bulbe et, par suite, de petites alopécies définitives. Mais, à part ces cas exceptionnels, l'alopécie qui résulte de ces phlegmasies aiguës n'est que passagère et accidentelle : elle dure ordinairement très-peu, surtout après l'érythème et l'érysipèle. Elle ne demande aucune espèce de traitement.

C. *Alopécie par inflammation définitive et incurable. — Favus.* A l'histoire du favus se rattachent une foule de questions qu'il ne m'est pas permis de soulever ici. La teigne des anciens est-elle une affection essentiellement pustuleuse, comme le dit et le prouve l'observation ? est-ce un produit végétal, comme le prétendent certains micrographes ? Ce sont là des points dont la solution peut présenter une véritable importance sous le rapport didactique ; mais ce sont aussi des problèmes dont l'étude sortirait du cadre que je me suis tracé. Nous n'avons à nous occuper du favus qu'au point de vue de l'alopécie, qui lui est propre, de ses caractères, de la manière dont elle s'établit.

On peut être appelé à observer cette alopécie sous deux aspects bien différents et bien tranchés : soit que la maladie dont elle est le résultat existe encore, soit qu'au contraire elle ait entièrement cessé, et qu'il ne reste du favus aucune des lésions ou primitives ou secondaires avec lesquelles nous sommes accoutumés de le rencontrer.

Dans le premier cas, ou le favus existe à l'état pustuleux, et alors on le reconnaîtra à la présence de pustules très-petites, enchâssées dans la peau qu'elles ne dépassent jamais, d'un jaune ambré, distendues par un liquide qui se concrète si rapidement qu'on a pu nier la purulence, présentant tout d'abord une dépression centrale, en forme de godets, dépression qui est devenue un signe pathognomonique, enfin presque toujours traversées par un cheveu ; — ou le favus se présente à l'état secondaire, et alors on le reconnaîtra à ses croûtes, qui sont très-

remarquables : nouvelles, elles affectent la forme circulaire et gardent la dépression capillaire que j'ai signalée plus haut : elles sont d'une couleur jaune-fauve très-prononcée ; anciennes, elles sont épaisses, irrégulièrement disséminées sur le cuir chevelu ; elles sont grisâtres, se lissent, se détachent et tombent comme des débris de plâtre sali ; elles exhalent, surtout à cette époque de la maladie, une odeur *sui generis*, que l'on a comparée à celle de l'urine de chat. On reconnaîtra encore le favus à la nature des ulcérations que recouvrent les croûtes, excoriations livides d'où s'écoule une sanie roussâtre et fétide, et qui contribuent à déterminer l'alopécie faveuse. Dans ce premier cas, quand la maladie se présente avec ses caractères propres, il est toujours facile de se rendre compte de l'alopécie, qui se manifeste pendant cette période. Les cheveux tombent avec une facilité extrême ; mais avant leur chute ils deviennent secs, ils perdent leur éclat ; et ceux qui persistent, se font remarquer par leur aspect grêle et lanugineux.

Dans le second cas, c'est-à-dire quand le favus ne se présente avec aucun de ses phénomènes primitifs ou secondaires, soit que la maladie ait complétement cessé, soit qu'elle présente un de ces moments de rémission, qui sont assez fréquents dans son histoire, dans ce cas, dis-je, l'alopécie peut devenir pour le praticien une cause d'embarras. Cependant si, en étudiant le cuir chevelu, on lui trouve un aspect blanchâtre, accusant non pas une véritable cicatrice, mais comme un tissu nouveau, aminci, décoloré et ayant perdu son poli normal ; si cette surface, percée çà et là de quelques cheveux faibles, misérables, comme flétris, est en de certains points assez transparente pour laisser voir sous la peau le poil, replié sous lui-même, et semblant demander à cette enveloppe un passage qu'elle ne peut plus lui donner. Si l'on rencontre ces circonstances, bien remarquables, on ne devra pas hésiter, car on aura encore affaire à l'alopécie faveuse.

C'est ici le moment de rechercher comment a lieu cette alopécie. Est-ce par suite d'une lésion et de l'atrophie du bulbe, comme le pensaient Underwood, Luxmore et Duncan ? Évidemment non ; car, s'il est souvent facile, presque toujours possible de constater, même alors que toute trace du favus a disparu, que le poil est encore sécrété, qu'il rampe et se replie sous la peau avant de s'atrophier ; si, dis-je ce phénomène a lieu, il démontre surabondamment que le bulbe n'est pas atteint par l'inflammation faveuse, que le cheveu tombe, mais sans périr définitivement par l'effet de la maladie. Mais alors, comment l'alopécie est-elle incurable ? Voici, pour moi, quelle serait l'explication de

cette incurabilité : L'inflammation faveuse siége à l'extrémité du conduit pilifère, à ce point où les anatomistes ont signalé la présence de petites glandes dont les fonctions n'ont jamais été bien définies. Quand le cheveu est tombé, soit éliminé par le travail inflammatoire lui-même, soit entraîné par les croûtes, il arrive que les exulcérations secondaires de l'éruption se cicatrisent et oblitèrent les orifices restés béants des conduits pilifères. L'alopécie, remédiable en principe, devient ainsi définitive en fait, par suite d'un obstacle mécanique qui s'oppose invinciblement à la sortie du poil.

Ai-je besoin de discuter ici les théories diverses que l'on a émises sur la nature du favus lui-même? Faut-il parler de son prétendu mycoderme importé d'Allemagne, dont M. Robin nous a donné l'histoire complète dans son intéressante monographie des végétaux morbides? Cela ne serait d'aucun intérêt pour nous, puisque, de l'aveu des micrographes eux-mêmes, cette recherche ne nous enseignerait rien quant à la nature même de l'alopécie. J'aime mieux croire encore et dire que le favus est une inflammation pustuleuse spéciale, siégeant dans le conduit pilifère et déterminant la chute des cheveux par la série de phénomènes que je viens d'énoncer.

Quant au diagnostic du favus lui-même, il est toujours assez facile, et ce que j'ai dit de ses pustules et de ses croûtes suffit pour le séparer de toutes les affections du cuir chevelu. Nous avons vu déjà comment il fallait, au point de vue alopécique, le distinguer du porrigo descalvans ; il nous reste à établir les signes qui le différencient de l'herpès tonsurant, avec lequel on pourrait confondre la variété du favus que nous avons appelée *porrigo scutulata*, confusion d'autant plus facile que, sous le nom de *ring-worm*, ces deux maladies n'en ont longtemps fait qu'une. Si nous nous rappelons bien les caractères de l'herpès tonsurant, nous saurons qu'il est caractérisé par des plaques d'un gris bleuâtre, rugueuses, donnant la sensation d'un épaississement de la peau, semées de débris squameux qui accusent la nature vésiculeuse de l'éruption, recouvertes enfin de poils coupés court, comme ras, à 1 ou 2 millimètres de la peau. Si nous comparons ces caractères aux pustules, toujours appréciables du porrigo scutulata, toujours déprimées en godets, à ses croûtes qui, si anciennes qu'elles soient, ont toujours un peu de l'aspect de la terre cuite au four, sont épaisses, sèches, traversées çà et là par des cheveux grêles, faibles, cassants, à ses érosions qui n'existent jamais dans l'herpès : l'erreur ne sera jamais possible.

Avoir dit que l'alopécie faveuse était incurable, c'était dire

assez combien est fâcheux le pronostic du favus lui-même ; c'était peut-être établir aussi que nous n'avions pas à nous occuper du traitement. Cependant ce traitement lui-même offre une particularité qu'il ne doit pas être sans intérêt de noter ici.

Dans presque tous les temps, le meilleur remède que l'on a cru devoir opposer à une affection alopécique au premier chef, a été l'avulsion même des cheveux. Tout le monde connaît la *calotte*, ce supplice empirique que l'on a appliqué si longtemps aux teigneux. De nos jours les recettes les plus vantées contre cette horrible maladie consistent dans le choix d'ingrédients les plus capables de produire la dépilation. J'ai essayé moi-même toutes les préparations alcalines, les bandelettes agglutinatives, qui avaient le double but d'arracher le poil et de préserver le cuir chevelu de toute influence externe. N'y a-t-il pas quelque chose de bizarre à ce que cette dénudation, regardée comme le plus grand danger du favus, soit la seule arme avec laquelle on puisse le combattre ? Quand la science aura dit son dernier mot sur l'histoire de cette mystérieuse maladie, peut-être trouvera-t-on dans ce fait thérapeutique, si étrange, quelque déduction importante au point de vue du siége et de la nature même du favus. Ai-je besoin de dire maintenant qu'il n'y a rien à faire contre l'alopécie faveuse elle-même ?

Si maintenant nous résumons toutes les conséquences qu'il nous est permis de déduire de cet essai de classification des diverses espèces d'alopécie, si nous les faisons aboutir au but pratique que je me suis surtout proposé en présentant ces considérations, nous pourrons arriver à puiser quelques données importantes sous le rapport du traitement de l'alopécie en général.

Aux deux points extrêmes de notre classification, nous rencontrons l'incurabilité, devant laquelle la science s'arrête impuissante et désarmée. Elle se présente à nous sous les traits de l'alopécie par atrophie du bulbe et de l'alopécie faveuse.

Entre ces deux phénomènes également irremédiables, nous rencontrons toute la série des affections qui peuvent produire la chute des cheveux. Par cela seul qu'il y a alopécie, on est disposé, dans la pratique, à croire à ce que l'on appelle la faiblesse du cheveu, dans tous les cas, et, par suite, à soumettre tous les faits de ce genre à un traitement par les topiques excitants. L'expérience a démontré, cependant, qu'il y a une grande différence à établir dans le traitement des diverses espèces d'alopécie.

Dans celles qui dépendent d'une lésion ou d'une insuffisance de la sécrétion capillaire, il est alors utile de recourir aux moyens qui peuvent activer une fonction ou diminuée ou même

supprimée passagèrement. Ainsi, quand l'alopécie aura succédé à des affections générales, à tout ce qui est une perturbation profonde de l'économie, mais surtout dans le vitiligo, on pourra employer les lotions ou les onctions excitantes, on pourra parcourir toute l'échelle de ces cosmétiques si connus, depuis l'eau de cologne jusqu'aux pommades qui défrayent la quatrième page des grands journaux ; on pourra lotionner le cuir chevelu avec le rhum, l'alcool ; on pourra enfin le soumettre à l'action toujours si vive du rasoir.

Mais si la chute du poil est lié à un état inflammatoire du cuir chevelu, que l'inflammation soit d'ailleurs aiguë ou chronique, il faut alors puiser à une autre source d'indications. C'est alors qu'il faut, surtout, interroger la constitution du malade, y découvrir les causes de l'éruption qui entretient la dépilation même passagère de la tête. Quand on aura reconnu ces causes, et qu'on leur aura opposé des moyens rationnels, s'il faut s'occuper localement de l'alopécie, ce ne sera guère que pour l'enrayer par les ressources de la médication antiphlogistique. Si l'on était tenté de combattre le pityriasis, par exemple, par des remèdes trop énergiques, on risquerait d'aggraver le mal et de le compliquer même d'éruptions nouvelles, comme j'en ai vu plusieurs exemples. Cette éruption, toute chronique qu'elle puisse être, demande de grands ménagements, et ce n'est jamais, sinon sans danger grave, au moins sans inconvénients, que l'on s'adresse, pour la guérir, à des recettes prétendues héroïques. Il faut en dire autant de l'herpès tonsurant, bien qu'à un degré moindre ; car j'ai vu dans cette maladie l'inflammation s'aggraver, s'étendre sous l'influence d'une thérapeutique excitante, trop persévérante ou excessive.

Ces considérations s'appliquent, à plus forte raison, aux faits d'alopécie qui seraient déterminés par l'eczéma et l'impétigo ; mais elles établissent, par-dessus tout, qu'il importe, avant de la combattre, de bien préciser, déterminer l'alopécie à laquelle on a affaire, la cause, le point de départ : là est tout le secret des nombreux mécomptes que l'on rencontre dans le traitement de l'alopécie en général.

---

13. *Tumeur stercorale située dans le colon transverse et descendant ; rétrécissement au niveau de la portion iliaque* ; par M. le docteur C. Dubreuilh, fils.

(Journal de médecine de Bordeaux, avril 1850.)

Mme L., âgée de cinquante ans, ayant traversé l'âge critique depuis deux ans sans accidents notables, est d'un tempérament

sanguin, d'une constitution robuste, ayant eu plusieurs enfants, le plus jeune a quinze ans ; elle n'a jamais fait de maladie grave. Mme L. se plaignait depuis longtemps de constipation, et avait fréquemment recours aux lavements ou à quelques laxatifs pour solliciter la défécation. Depuis deux ans, on s'apercevait que son embonpoint augmentait, celui du ventre surtout ; mais Mme L. ne se plaignait d'aucune douleur. Dans les premiers jours de décembre dernier, elle eut un peu de fièvre, de l'anorexie, des envies de vomir, la langue était rouge, l'épigastre douloureux. Un régime tempérant, des boissons gazeuses, des cataplasmes laudanisés sur l'épigastre, des demi-lavements furent prescrits. La langue perdit sa rougeur, l'épigastre devint moins sensible ; mais la fréquence du pouls et le dégoût pour les aliments persistèrent. Le ventre présentait un gros volume, et, en déprimant ses parois chargées de graisse, on trouvait une tumeur placée dans l'hypogastre, remontant jusqu'au niveau de l'ombilic, et paraissant plongée dans l'excavation du bassin, s'étendant dans les deux flancs, mais offrant plus de saillie du côté gauche ; elle était de forme globuleuse, à parois unies, épaisses mais ayant, toutefois une certaine élasticité ; la pression ne détermine aucune douleur ; on n'y remarque pas de fluctuation.

L'exploration de l'utérus, par le vagin et par le rectum, permet d'apprécier que ces organes, qui paraissent être dans l'état normal, n'offrent aucun point de contact avec la tumeur hypogastrique. Aussi, dans une consultation à laquelle assistèrent M. Chaumet et mon père, le diagnostic demeura obscur, comme il avait paru auparavant.

Vers le 20 décembre, la malade rendit par l'anus, et sans s'en apercevoir, une matière liquide, séreuse, presque incolore, n'ayant aucune odeur stercorale, se rapprochant davantage de celle propre au flux lochial. Ce liquide fut assez abondant pour traverser plusieurs draps d'alaise, et l'écoulement, qui avait eu lieu d'une manière intermittente, ne dura pas moins de dix jours. Pendant ce temps, nous crûmes remarquer que le ventre avait perdu de son volume, que la tumeur était moins saillante, tout en conservant sa rémittence ; il n'y eut pas d'ailleurs d'évacuations stercorales. La malade s'amaigrit alors plus qu'elle ne l'avait fait précédemment, ses forces l'abandonnèrent, et le pouls devint très-faible et très fréquent ; le ventre continuait à être insensible à la pression, il y avait de la soif, quelques envies de vomir, mais point de vomissements. Madame L, se bornait à prendre du bouillon léger avec quelques fécules, des boissons gazeuses, l'infusion de quinquina magnésié, des potions légère-

ment opiacées, pour procurer quelques heures de sommeil. L'écoulement séreux par le rectum avait cessé, les garde-robes étaient nulles, malgré l'emploi de laxatifs ; il n'y avait point de vomissements ; la faiblesse dont était frappée la malade augmenta rapidement malgré tous nos efforts, et madame L, succomba le 25 janvier dernier, ne présentant alors d'autres phénomènes qu'un peu de trouble dans ses facultés intellectuelles.

Il était intéressant de pratiquer l'autopsie et de connaître la nature de cette tumeur ; mais le corps devant être transporté à la campagne, le temps devait nous manquer ; je vais toutefois faire connaître ce qu'il nous a été permis de constater dans le peu d'instants que nous avons pu donner à nos recherches. A l'incision des parois abdominales qui présentait encore une couche assez épaisse de tissu adipeux, on aperçoit une tumeur du volume d'un gros melon, occupant tout l'épigastre et remontant au-dessus de l'ombilic ; elle repose sur la colonne vertébrale, déprime en bas la vessie et l'utérus qui sont sains, ainsi que les ovaires, et repousse dans tous les sens la masse intestinale sur laquelle on remarque quelques plaques rouges, ainsi que sur le péritoine pariétal ; la surface de la tumeur est lisse, unie ; sa pression fait présumer qu'elle contient une matière demi-liquide ; du reste, il est facile d'apprécier que cette tumeur est formée par une dilatation excessive du gros intestin, de la portion transverse du colon et s'étend dans la portion lombaire gauche, qui est aussi énormément distendue, et se termine au niveau de la portion du colon dite iliaque par un collet étroit, fibreux ; cette partie de l'intestin avait son calibre rétréci, le rectum était sain. Une incision pratiquée sur cette tumeur nous montre un cloaque énorme rempli de matières fécales demi-liquides, de couleur jaune ; cette portion des parois intestinales était un peu épaissie ; la muqueuse n'offrait aucune rougeur. C'est avec regret que je communique à la Société ce fait d'anatomie pathologique tronqué, mais la pièce, enfouie au milieu de flots de matières stercorales fétides, aurait demandé beaucoup plus de temps qu'on ne nous en avait accordé, pour être nettoyée et bien enlevée. A propos du fait que je viens de lire, mon père a eu la bonté de me remettre une observation excessivement détaillée, recueillie dans sa pratique, il y a déjà plusieurs années, et non publiée ; il s'agit d'une dilatation de diverses parties du gros intestin due à un rétrécissement par une tumeur cancéreuse qui comprimait le rectum. Pour ne pas abuser de la bienveillante attention de la Société, je me bornerai à en faire une rapide analyse.

M. D., négociant à Bordeaux, âgé de soixante-sept ans, d'un tempérament sanguin, ressentait, depuis huit à dix mois, des envies fréquentes d'aller à la garde-robe, et, malgré ses efforts, il ne rendait que quelques gaz accompagnés d'une très-faible quantité de matière toujours liquide, quelquefois c'étaient des glaires sanglantes, d'autres fois des matières fécales délayées. Interrogé s'il ne ressentait pas au-dessus de l'anus un poids, une gêne toute particulière, il avoua que, depuis longtemps, il lui semblait qu'en se présentant sur le siége, il allait rendre de fortes matières, mais qu'il n'en était rien. Il ne voulut point consentir à une exploration. Quelque temps après, la fièvre survint, et s'accompagna d'un poids plus gênant dans le rectum ; l'exploration eut lieu. La prostate paraît plus volumineuse que dans l'état normal ; elle n'offre point de dureté, ni de sensibilité ; on peut distinguer ses deux lobes. Immédiatement au-dessus de cet organe, le doigt pénètre dans une sorte de scissure longitudinale paraissant avoir de quatorze à seize millimètres d'étendue, plus profonde supérieurement, où elle semble se terminer par un cul-de-sac ; ses bords en sont mous et comme frangés. Cette scissure se trouve placée à la base d'une tumeur d'un volume considérable, autant qu'il est possible de l'apprécier, et montant dans l'intestin au-dessus de la portée du doigt. La surface de l'intestin est molle, veloutée, presque insensible à une pression légère; mais, en comprimant plus fortement, le malade accuse des douleurs assez vives. La masse de la tumeur oblitère, du reste, en grande partie l'intestin, et, par là, s'explique la difficulté des garde-robes et le météorisme presque habituel. Applications de quinze sangsues à l'anus, demi-bains émollients, injections émollientes et légèrement narcotiques dans l'intestin. Le pouls prend plus de fréquence, le moral de M. D. est profondément affecté ; il désire connaître l'avis d'un autre médecin. Le docteur Canihac est appelé et constate le désordre que je viens de décrire. Persistance dans les moyens adoucissants calmants, dans un régime sévère, continuation de la diète blanche, à laquelle le malade était soumis depuis plusieurs jours. Tentatives pour passer, au-delà de la tumeur, une canule en gomme élastique, afin d'injecter des décoctions émollientes, le plus haut possible dans l'intestin. Les symptômes s'aggravèrent, il survint des vomissements de matière verte foncée. Douleur plus vive dans le côté droit, et envahissant presque tout l'abdomen, sentiment d'anxiété et d'étouffement, pouls petit, fréquent, dépressible ; peau froide, couverte de sueurs ; ventre énormément distendu ; enfin, M. D. expire le 27 mai 1839. Ouverture de l'abdomen : tissu grais-

seux sous-tégumentaire médiocrement abondant, muscles abdominaux développés. Le péritoine, ouvert avec précaution, a laissé échapper avec explosion une grande quantité de gaz ; le même dégagement s'est fait simultanément par l'anus et l'urêtre. Le cœcum est distendu dans des proportions extraordinaires et offre le volume d'un grosse carafe ; sa surface est d'un rouge cerise ; on observe plusieurs ouvertures qui ont livré passage à des matières fécales liquides et jaunes répandues dans l'abdomen. Le colon, dans ses portions ascendante transverse et descendante, est énormément distendu comme le cœcum ; l'intestin grêle présente une couleur rosée ; l'estomac est distendu, enflammé, d'un rouge violet. Le rectum offre peu de traces d'inflammation ; par sa paroi postérieure, cet intestin fait corps avec la tumeur retrouvée sur le devant. La vessie contient un verre d'urine claire, ses parois n'offrent rien de particulier.

En plongeant la main dans le bassin, on retrouve, entre la vessie et l'intestin rectum, une masse assez dure, fortement adhérente, soit à la vessie, soit au rectum ; pour mieux l'étudier, on enlève ces deux organes et on trouve entre eux une tumeur du volume de la moitié du poing, piriforme, et dont le tissu s'unit et se confond avec les parois du bas-fond de la vessie antérieurement, comme il est confondu postérieurement avec le rectum. Ce tissu est mou et couleur bleue à l'intérieur ; en se rapprochant du centre, il devient plus consistant, enfin, demi-cartilagineux et d'un blanc argenté.

Les observations de tumeurs stercorales, sans être très-rares, ne sont pas non plus très-communes, et celles que les auteurs mentionnent ont presque toutes pour siége la partie de l'intestin qu'on appelle le rectum.

Cette partie du canal digestif est, en effet, celle qui est la plus susceptible de rétrécissement de toute nature, soit fibreux, soit carcinomateux, soit syphilitique. Dans un travail fait en commun par MM. A. Bérard et Maslieurat-Lagémard, et publié dans la *Gazette médicale,* mars 1839, ces auteurs disent avoir vu le rétrécissement trente fois à l'extrémité inférieure du tube digestif, et douze fois au-dessus de la portée du doigt. M. Laugier, dans un article du *Dictionnaire en Trente*, confirme cette opinion par des faits tirés de sa pratique. M. Raciborski a publié une thèse, en 1834, sur les rétrécissements des intestins, et, tout en parlant des dilatations du colon en général, il ne cite aucun fait particulier de rétrécissement de la portion iliaque de cet intestin. M. Jobert de Lamballe, dans son ouvrage sur les maladies du

canal intestinal, ne consacre que quelques pages à ces rétrécissements.

Chez notre célèbre tragique Talma, le rétrécissement existait au niveau de l'angle sacro-vertébral, et dans le fait si extraordinaire, communiqué à la Société médicale d'émulation de Paris, par M. Robe-Moreau, docteur ou médecine, à Rochefort, le rétrécissement avait encore son siége dans le rectum. On sait que M. G., officier de santé de la marine, sujet de cette observation, apporta en naissant une constipation très-opiniâtre, et, embarqué sur un vaisseau destiné pour Gorée, et qui se trouvait alors dans la rade de l'île d'Aix, le malade, ayant pris un purgatif avant qu'on mît à la voile, ne le rendit que lorsque le bâtiment fut arrivé dans la rivière du Sénégal. Plus tard, les accidents prirent plus d'intensité : le ventre devint douloureux, les vomissements continuels, la déglutition difficile, le pouls faible, la prostration extrême, et le malade succomba dans la cinquante-quatrième année de son âge. A l'ouverture du cadavre, on rencontra les phénomènes suivants : l'anus était excessivement dilaté; à trois centimètres au delà de son orifice, une sorte de cloison fibreuse interceptait, en grande partie, le passage des déjections; immédiatement au-dessus de ce rétrécissement, le rectum prenait un tel développement, qu'il occupait toute la cavité du bassin et de l'abdomen dont il avait refoulé les viscères jusqu'au diaphragme, avec lequel il avait même contracté des adhérences. Cet énorme cloaque renfermait trente kilogrammes de matières pultacées, de couleur brun-noirâtre.

A la lecture des symptômes énumérés dans les ouvrages à l'article *Rétrécissements de l'intestin,* rien de plus facile, en apparence, que de diagnostiquer une tumeur formée par une dilatation de cet organe, dans quelque paartie qu'elle soit située; mais au lit du malade la clarté n'est plus la même, et c'est, au contraire, dans le diagnostic des tumeurs abdominales, que le praticien le plus exercé et le plus habile, peut, le plus facilement, errer. Ici, je pourrais citer des erreurs de diagnostic de tumeurs du ventre, commises par un professeur qui a une manière à lui de raisonner les faits et d'en apprécier les caractères, et que j'ai vu tous nos grands chirurgiens se tromper le plus rarement, arriver, cependant, dans des circonstances à peu près analogues à celles que je viens de rapporter, à un diagnostic qui n'était rien moins que le véritable.

Sous le point de vue de la lésion intestinale, l'observation de Mme L. doit nous intéresser, non pas tant à cause du volume considérable du colon qu'à cause du rétrécissement qui se trou-

vait au commencement de la portion iliaque, rétrécie dans son calibre.

Sous le point de vue thérapeutique, en supposant la nature de la tumeur parfaitement bien déterminée, le traitement de la tumeur était bien restreint, car la dilatation par les bougies, les mèches, et la cautérisation, l'incision du rétrécissement, suivie de la dilatation méthodique, moyens qui peuvent avoir quelques résultats heureux lorsque le mal est à la portée du doigt et des instruments, devenaient inutiles ici. Le salut de Mme L. n'aurait pu avoir lieu que dans l'établissement d'un anus contre nature. Ici, Messieurs, s'ouvre un vaste champ, et pour l'exposition des divers procédés, il n'est guère resté, dans la pratique, que les deux méthodes primitives, celle de Littre et celle de Callisen. Ces deux méthodes ont eu chacune leurs prôneurs. La première pénètre directement dans le ventre ; en pratiquant une incision dans la région iliaque gauche, on ouvre le péritoine et on va à la recherche de l'S iliaque que l'on trouve dans la fosse iliaque même. Callisen agissait dans la région lombaire gauche ; dans un espace quadrilatère, très-bien circonscrit par M. Amussat, on ouvre le colon lombaire gauche avec la précaution de ne point léser le péritoine. Ces deux méthodes ont été le sujet d'une appréciation fort remarquable faite par M. Vidal de Cassis, sous le titre de *Parallèle des méthodes de Littre et de Callisen.* M. Amussat a essayé, en la modifiant, de remettre en honneur celle de Callisen, qui, en évitant l'ouverture du péritoine, présente un danger réel de moins que celle de Littre. Dans un article inséré dans les *Annales de chirurgie,* M. Marchal de Calvi, qui rejette la méthode de Callisen, fait ressortir en outre l'incommodité plus grande d'un anus situé en arrière comparativement à un anus situé en avant. Un nouveau professeur, que la Faculté de Paris vient d'avoir le bonheur d'acquérir pour sa gloire, M. Malgaigne, tout en rejetant le procédé de Callisen, adopte sa méthode comme méthode générale, et, pour ce qui a rapport à l'inconvénient d'un anus placé à côté et même un peu en arrière, des circonstances importantes lui font regarder comme un très-grand avantage de ne pas l'avoir en avant ; l'anus naturel n'est-il pas d'ailleurs en arrière ?

En faisant l'application de toutes ces considérations au cas qui nous occupe, la méthode de Callisen aurait eu ma préférence parce qu'elle agissait plus haut que le rétrécissement qui existait dans presque toute la portion iliaque du colon.

---

14. *Mémoire sur la rupture de l'ankylose et sur la combinaison avec des sections sous-cutanées;* par M. Bonnet, professeur de clinique chirurgicale à Lyon.

(Gazette médicale de Paris, N° 21; 1850.)

Tous ceux qui s'intéressent au mouvement de la chirurgie contemporaine se rappellent que la rupture des ankyloses, tombée depuis longtemps dans une complète désuétude, fut remise en pratique, il y a quelques années, par M. Louvrier, directeur d'un établissement orthopédique dans le département du Doubs. Ce chirurgien avait imaginé un appareil puissant, applicable aux ankyloses du genou, et qui servait tout à la fois à rompre les adhérences et à étendre instantanément la jambe sur la cuisse. En 1839, il en fit à Paris de nombreuses applications, et les premiers succès qu'il en obtint conduisirent à penser que la rupture de l'ankylose avait été injustement abandonnée, et qu'elle devait être remise en honneur. Cependant, un certain nombre d'accidents graves, et la fréquence des résultats incomplets ne tardèrent pas à dissiper ces préventions favorables.

En 1840, M. Auguste Bérard lut à l'Académie de médecine un rapport dans lequel étaient consignés tous les résultats obtenus par la méthode de M. Louvrier. L'exposé de ces faits et les conclusions du rapporteur entraînèrent la conviction de tous les esprits. La méthode nouvelle tomba dans l'oubli comme toutes celles qui l'avaient précédée.

En vain M. Mayor tenta d'appeler du jugement de l'Académie dans une brochure publiée en 1841, sur *la rupture accélérée des ankyloses,* ses opinions, appuyées seulement sur des faits déjà connus et sur des considérations théoriques, ne purent faire revivre la méthode qu'il défendait.

Cependant, des chirurgiens étrangers continuaient l'œuvre si rapidement abandonnée parmi nous. M. Dieffenbach décomposait le problème relatif aux ankyloses du genou, et remarquant qu'il y avait tout à la fois à rompre les adhérences et à redresser la jambe, employait une méthode analytique, si je puis dire ainsi, rompait les adhérences en pliant la jambe sur la cuisse, et ne s'occupait du redressement que lorsque le tibia et la rotule avaient été rendus mobiles sur le fémur.

M. Palasciano (de Naples), suivant la trace de M. Dieffenbach, adoptait la flexion de la jambe, comme moyen de rompre l'ankylose, mais, de plus, il imaginait de faire précéder cette flexion de la division sous-cutanée du triceps, fémoral, au-dessus de la rotule. Dans sa pensée, cet os n'étant plus retenu en haut devait

suivre sans peine le ligament rotulien, lorsqu'on ferait exécuter à la jambe un mouvement forcé de flexion.

Voici dans quelles circonstances j'eus connaissance de cette méthode, qui a été le point de départ des travaux que je vais publier.

M. Palasciano avait donné des soins à une dame affectée de l'une de ces inflammations aiguës et intenses du genou dans lesquelles des épanchements de lymphe plastique ramollissent d'abord les ligaments, et plus tard se convertissent en des tissus fibreux qui établissent de solides adhérences. Le membre avait été abandonné à la position que la malade avait choisie instinctivement, et lorsque, après six mois de souffrances aiguës et continuelles, l'inflammation s'était enfin dissipée, la jambe était solidement maintenue dans la flexion et l'abduction ; sa partie supérieure étant luxée en arrière et en dehors. M. Palasciano eut alors connaissance des méthodes que j'ai conseillées dans mon *Traité des maladies des articulations,* pour arrêter les douleurs des arthrites aiguës et prévenir les déformations consécutives. Il regretta vivement d'avoir ignoré ces méthodes, et il résolut de confier sa malade à mes soins.

Malheureusement, les moyens efficaces que j'aurais pu employer au début pour prévenir le mal étaient insuffisants pour le guérir ; je regrettais le long voyage qui venait d'être entrepris, et à l'issue duquel je ne voyais qu'un aveu de l'impuissance de l'art, lorsque M. Palasciano me fit part de son projet de rompre les adhérences, en pliant la jambe après avoir divisé le triceps. Il proposait, de plus, de couper simultanément le biceps et l'aponévrose fémorale externe, pour remédier à l'abduction, en d'autres termes, à l'inclinaison de la jambe en dehors. Toutes ces idées, aussi justes que hardies, furent mises à exécution, en 1847, par M. Palasciano, avec l'innocuité la plus complète et le succès le plus satisfaisant.

Ce résultat remarquable, et plus encore, les idées ingénieuses dont il était la conséquence, fixèrent de nouveau mon attention sur la rupture de l'ankylose, que j'avais blâmée à une autre époque, mais qui se présentait, grâce aux recherches de M. Palasciano, avec des chances de succès toutes nouvelles. J'étais encouragé à suivre cette voie par la découverte de l'éthérisation qui, en épargnant de vives souffrances aux malades, diminuait la résistance musculaire et facilitait la rupture des adhérences, et je voyais encore là une application utile des appareils de mouvement que je commençais à faire construire alors.

La nécessité de vaincre les difficultés très-variées que l'on

trouve dans la rupture des ankyloses du genou et dans les sections sous-cutanées qui peuvent les précéder me conduisit, à mon tour, à diverses recherches. Je perfectionnai les appareils mécaniques qui servent au redressement, après que l'ankylose a été rompue, et ceux qui facilitent la marche dans les premiers temps où le malade se lève ; je pratiquai la section simultanée du biceps et de l'aponévrose fémorale externe, suivant un procédé que j'appellerai antéro-postérieur et qui prévient sûrement les abcès, ainsi que la lésion du nerf poplité externe, toujours à craindre lorsque l'on pique la peau du côté du jarret; enfin, cherchant à appliquer aux diverses jointures la méthode si heureusement créée pour le genou par M. Palasciano, j'étendis à la hanche et au coude la combinaison des sections sous-cutanées et de la rupture de l'ankylose.

Grâce à ces divers travaux, la rupture de l'ankylose peut être envisagée sous un point de vue nouveau pour tous les lecteurs, et surtout pour ceux en grand nombre qui n'ont pas eu connaissance du mémoire publié, en 1847, par M. Palasciano.

Je traiterai de cette rupture : 1° dans le genou, 2° dans la hanche, 3° dans le pied, 4° dans le coude, 5° dans les articulations du poignet et de l'épaule.

I. *Rupture de l'ankylose du genou.* — La rupture de l'ankylose du genou peut être faite : 1° lorsque le genou est droit et qu'on a simplement pour but de rétablir ses mouvements ; 2° lorsque le genou est fléchi et qu'on veut rendre au membre sa rectitude.

A. Le rétablissement des mouvements est en général si incomplet après la rupture de l'ankylose, que cette opération est bien rarement indiquée lorsque le membre est droit ; elle a cependant été tentée avec succès, comme le prouvent deux faits cités par Mayor dans ses *Excentricités chirurgicales*, p. 350. Il s'agit, dans le premier cas, d'une dame qui avait une ankylose droite du genou, datant de trois mois, et survenue à la suite d'un accident grave. On la fit asseoir sur une chaise pendant qu'un homme lui tenait la cuisse; l'opérateur plaça son bras gauche derrière sa jambe et au moment où elle s'y attendait le moins, il fit sentir un coup violent sous le genou, accompagné d'un bruit sec, puis il plia la jambe en arrière. Celle-ci reprit peu à peu l'exercice de ses mouvements.

Sans aucun doute ce cas était favorable, puisque la maladie avait seulement trois mois de date, que les adhérences n'étaient pas dès lors très-solides , et qu'elles étaient la suite d'un accident; mais, quoique les détails manquent pour en apprécier ri-

goureusement la valeur, la résultat n'en est pas moins encourageant pour imiter la conduite qui a été tenue.

Le second fait est rapporté par l'auteur en ces termes :

« Je me souviens d'avoir aussi vu dans mon enfance un grossier « paysan qui faisait pour ainsi dire instinctivement le métier le « rebouteur, s'y prendre comme il suit, chez un jeune homme, « pour ramener forcément les mouvements articulaires du genou, « dans une ankylose complète avec extension parfaite de la « jambe sur la cuisse, et qui résultait d'une cause traumatique. »

« Après avoir fait tenir vigoureusement la cuisse et placé le « jarret en travers sur une pièce cylindrique de bois, le médi- « castre se mit lourdement et brusquement à cheval sur la partie « inférieure de la jambe, et parvint ainsi à faire craquer et fléchir « sur-le-champ l'articulation tibio-fémorale et à rétablir impu- « nément le jeu de cette dernière. »

A en juger par les faits dont j'ai été le témoin, la rupture des adhérences n'offre pas plus de difficultés que ne le supposent les deux observations précédentes, mais la facilité de rétablir les mouvements y est incontestablement exagérée. Lorsqu'une ankylose osseuse ou fibreuse a été détruite au genou, la mobilité de la jointure ne peut être rétablie. Si, avant la rupture, la jambe était étendue sur la cuisse, on doit s'attendre à avoir le membre retomber tôt ou tard dans l'état que l'on avait momentanément détruit. La rupture est donc ici contre-indiquée, et dans les cas où les adhérences sont moins intimes que dans ceux auxquels je fais allusion, les appareils de mouvement peuvent suffire, ainsi que je l'ai démontré dans un autre travail.

B. Lorsque la jambe est ankylosée en position fléchie, la rupture des adhérences peut être indiquée, lors même que le genou ne doit pas reprendre sa mobilité. Cette rupture peut être opérée : 1° par le seul effort des mains ; 2° par cet effort précédé de sections tendineuses et musculaires.

Je passe ici sous silence les machines puissantes comme celle de M. Louvrier ; j'adopte l'appréciation qui en a été faite par M. Auguste Bérard dans son rapport à l'Académie de médecine ; je ne connais aucune raison pour en appeler de ce jugement.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

15. *Considérations physiologiques et pratiques sur les divers moyens employés pour guérir l'hydrocèle, et sur une méthode nouvelle, plus facile et moins dangéreuse;* par M. D'AVAT, docteur en médecine des Facultés de Paris et de Turin, médecin des eaux (d'Aix), membre de la Société de chirurgie de Paris, etc., etc.

(Suite et fin : *voir* t. IV, avril 1850, p. 164.)

(Gazette médicale de Paris, nº 7; 1850.)

V. — *Historique.* — Le traitement que je propose comme nouvelle méthode pour guérir l'hydrocèle compte au moins six ans d'existence.

Les instruments nécessaires à l'opération sont : un trois-quarts armé de sa canule, 4 centimètres d'une sonde ayant des ouvertures analogues à des yeux sur sa longueur et capables de courir librement dans la canule, un fil pour assujettir la sonde, un suspensoir et des compresses : c'est là tout le nécessaire et l'indispensable.

Je me suis servi jusqu'à présent de la sonde en gomme élastique trouée, il se pourrait qu'une canule métallique aussi trouée à son centre fût plus avantageuse encore, parce qu'elle favoriserait davantage l'entrée de l'air, qu'elle s'obstruerait moins et se déplacerait plus difficilement. Elle pourrait aussi marcher avec le trois-quarts lui-même; on éviterait alors la nécessité d'être obligé de la retirer en laissant à sa place la sonde en gomme élastique, c'est-à-dire qu'on éviterait à l'opération une manœuvre délicate puisqu'elle demande de l'attention.

Opération. — L'hydrocèle reconnue, congénitale ou non, avec ou sans dégénérescence de la tunique vaginale, la position du testicule appreciée et déterminée autant que possible, le chirurgien plonge dans le sac séreux le trois quarts armé de sa canule, puis, par un mouvement de bascule imprimé au manche qu'il descend dans les cuisses, il dirige la pointe du trois-quarts en haut de manière qu'il laisse un intervalle de quelques lignes entre le point d'entrée de l'instrument et le lieu où il perce de nouveau la paroi du sac et celle du scrotum. La pointe du trois-quarts et la canule se trouvent alors dehors et font l'effet d'un séton perçant les parois et traversant le sac.

Ce premier temps exécuté, le chirurgien sort le trois-quarts et laisse la canule dans laquelle il passe la sonde préparée à cet effet ; puis, saisissant cette sonde passée par son bout supérieur, il retire la canule de manière que la sonde reste à sa place. Cette dernière doit excéder la canule en longueur de quelques centimètres.

La manœuvre précédente faite, l'écoulement séreux commence et le sac se vide. Pendant ce temps l'opérateur, à l'aide d'un fil solide, fixe de l'une à l'autre les deux extrémités de la sonde, de manière que cette sonde ne puisse point quitter sa place, de manière aussi que le serrement qu'on peut faire n'oblitère point son calibre.

Le sac étant à peu près vidé, le testicule est garni de compresses et soutenu par un suspensoir.

Marche et règles consécutives. — L'opération faite, le malade peut aller, venir, sortir, se livrer à des travaux où les bras seuls sont employés ; il devra chaque jour passer un stylet boutonné dans l'étendue de la sonde, et comprimera ensuite de haut en bas le scrotum qu'il embrassera à pleine main.

Cette double manœuvre est faite d'un côté pour vider la sérosité qui pourrait être survenue dès la veille, et dont la tunique séreuse peu contractile n'a pu se débarrasser ; et de l'autre, pour faciliter l'entrée de l'air dans la cavité de la poche, air qui doit enflammer la séreuse et arrêter l'écoulement. Comme l'intensité de l'inflammation adhésive paraît subordonnée à la quantité d'air qui pénètre et au renouvellement de cet air, on doit avoir soin que le stylet parcoure toute l'étendue de la sonde, et désobstrue ainsi les yeux de son milieu qui mettent le sac en rapport avec l'air extérieur.

L'instant où la sonde doit être enlevée est la pierre de touche de la guérison. Si on la détache trop tôt la maladie reparaît ; trop tard, elle pourrait peut-être produire des abcès, des érysipèles plus ou moins dangereux. On doit donc éviter de tomber dans l'un ou l'autre de ces accidents.

Enlèvement de la sonde. — Les études anatomiques et pathologiques nous ont donné pour l'instant où la sonde doit être enlevée, une indication importante et qui peut toujours servir de règle. Bichat avait observé que lorsqu'une inflammation séreuse survient, l'exhalation du fluide lubréfiant cesse et qu'une fausse membrane ne tarde pas à s'organiser sur les surfaces flogosées. Cette loi fait toute la force de notre méthode.

Cette suppression de l'écoulement, indice certain que déjà l'inflammation gagne la surface interne du sac, précède toujours le gonflement du testicule et de ses annexes ; lorsqu'elle survient, l'opéré éprouve des malaises, des frissons, des coliques ; phénomènes généraux et locaux qui réclament le repos au lit, la diète. Son apparition varie suivant les sujets ; nous l'avons observée au cinquième, huitième et neuvième jour.

Lorsque l'exhalation, qu'un mode d'altération avait produite,

se trouve détruite par un autre mode d'altération plus inflammatoire, l'écoulement cesse entièrement; on voit paraître à sa place une fièvre intense, un gonflement douloureux, dur, volumineux et lourd. La sonde alors pourrait être enlevée. Avant de le faire, et pour être plus assuré des résultats, nous attendons que ce gonflement même soit arrivé à son apogée; ainsi, à la suspension de l'écoulement succède la tuméfaction qui s'étend de proche en proche et progresse pendant trois à quatre jours, au bout desquels la fièvre tombe et l'engorgement diminue; c'est alors que le chirurgien détache les fils et sort la sonde, continuant à recouvrir le scrotum de cataplasmes émollients. Huit à dix jours de cette médication suffisent à la résolution, et le malade se trouve radicalement guéri.

Tels sont les phénomènes qui succèdent au traitement que nous proposons pour guérir l'hydrocèle. A mon avis, les avantages qu'il offre sur tous les moyens dirigés jusqu'à ce jour dans le même but découlent de ces mêmes phénomènes, dont les résultats constants et identiques, obtenus dans six cas où l'inflammation avait déjà produit des altérations pathologiques très-opposées, le placeront, j'ose l'espérer, à côté de l'injection comme méthode générale.

Comparaison. — Si même on descend, comme on doit le faire, dans une comparaison juste entre l'injection et notre manière d'agir, on verra promptement que l'injection supporte beaucoup d'exceptions dans son application, tandis que notre méthode n'en reconnaît aucune. Cette vérité est parfaitement établie par l'opinion de plusieurs chirurgiens, Gerdy, Vidal, qui ne veulent point qu'on injecte dans un kyste du cordon, ou quand l'épanchement du sac de la tunique vaginale dépasse l'anneau inguinal. Notre méthode, loin de supporter ces exclusions, est tout à fait applicable à ces cas.

Si maintenant nous examinons l'ensemble des deux méthodes, nous voyons l'injection réclamer la nécessité des réchauds, du vin, de l'iode, d'une seringue; nous voyons cette injection, quoique répétée et conservée quelques minutes dans le sac, ne pas amener toujours l'inflammation adhésive. Nous savons qu'elle peut infiltrer le scrotum, occasionner des abcès, des péritonites. Le malade qu'on lui soumet doit nécessairement être à peu de distance du chirurgien. La durée de la maladie, après l'opération est ordinairement de vingt à trente jours, pendant lesquels il y a douze à quinze jours de lit.

Par notre méthode, nous n'avons aucun des inconvénients, aucun des dangers qui précèdent. Il ne nous faut que le trois-

quarts de l'injection, sans les liqueurs. N'injectant pas, nous n'avons point de coliques, point d'infiltration. L'opération est prompte, simple, indolore. La facilité de porter ce trois-quarts dans sa poche, la marche régulière et progressive de l'inflammation après qu'elle a été faite, permettent d'opérer les malades en tout lieu. Le malade ne garde absolument le repos que pendant six à huit jours.

Peut-être objectera-t-on que la sonde peut amener du pus, des abcès, et qu'en cela elle est passible des reproches faits à l'injection. Je répondrai péremptoirement que cette objection n'en est pas une. L'infiltration occasionne ces abcès dans l'épaisseur des parois scrotales, dans le tissu cellulaire extérieur du sac, tandis que notre sonde n'agit absolument que sur la surface interne du sac, et la production du pus dans la cavité du sacrum n'est pas chose facile. Qu'importerait, au reste, qu'il se formât? Il coulerait comme la sérosité par la sonde, et l'adhérence ne se ferait pas moins.

En résumé, l'injection a parfaitement fait jusqu'à ce jour; mais si on peut aujourd'hui lui substituer un moyen plus simple, d'application plus facile, plus commode, un moyen moins douloureux, moins long dans ses manœuvres, un moyen qui guérisse aussi bien, plus promptement, un moyen, en un mot, plus naturel et moins dangereux, je dis que ce moyen est un perfectionnement sur les injections, et qu'il doit être employé.

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 16. *Exposé analytique et comparatif des procédés d'urétrotomie, par scarification et par incision*; par le docteur REYBARD (de Lyon).

(Suite et fin : *voir* t. I, janvier 1850, p. 161; t. II, février, p. 152; t. IV, avril, p. 185.)

(Gazette médicale de Paris, N° 8, 1850.)

Hémorrhagie.—On croit généralement, et j'ai trop longtemps partagé cette opinion, que toutes les plaies de l'urètre sont dangereuses et doivent être suivies d'hémorrhagie à cause de la structure spongieuse et érectile de ce conduit; on est dans l'erreur. Mes expériences sur les animaux et surtout les nombreuses opérations d'urétrotomie que j'ai faites, m'en ont fourni une preuve irrécusable. Je ne crois pas qu'il y ait plus d'inconvénient à couper les tissus de l'urètre que ceux de toute autre partie du corps. L'hémorrhagie me semble moins à craindre après la division longitudinale des parois du canal, intéressant le tissu spongieux, qu'après l'amputation de la verge, dans laquelle ce conduit et le corps caverneux sont coupés en travers. Dans cette opération, elle est seulement alimentée par les artères bulbeuse et ca-

verneuse ; aussi cesse-t-elle aussitôt après leur ligature. Ce fait, dont la certitude ne saurait être mise en doute, prouve que le tissu spongieux, même sectionné entièrement et de la façon la plus propre à fournir la plus grande quantité de sang possible, n'en laisse réellement échapper que fort peu. L'urétrotomie ouvrant longitudinalement quelques cellules, mais respectant les artères, puisque, comme je l'ai recommandé, elle se pratique sur les parties latérales de l'urètre, ne saurait donc inspirer une crainte qu'on jugerait exagérée pour une opération plus redoutable. D'ailleurs, si l'hémorrhagie devait être le résultat de l'ouverture des cellules du tissu spongieux, pourquoi ne se présenterait-elle pas aussi fréquente et aussi forte après la scarification qu'après l'incision ? Ce tissu n'est-il pas mis à découvert sur une grande étendue dans ces deux opérations, et ses cellules ne sont-elles pas également ouvertes? On m'objectera, il est vrai, que cet accident se remarque quelquefois après la scarification ; je ne le conteste pas, mais je dirai qu'il n'est ni considérable ni inquiétant. Cependant l'hémorrhagie la plus légère, surtout celle ayant pour siége le canal de l'urètre, inspirant une certaine inquiétude, je ferai remarquer qu'on peut facilement la tarir en exerçant une légère compression sur le trajet du canal, c'est-à-dire de dehors en dedans et au niveau de la plaie.

Infiltration d'urine. — On pouvait redouter avec plus de raison de voir la méthode de l'incision mettant, par sa large plaie, en communication directe le canal avec les vastes cellules du tissu lamelleux, favoriser plus fréquemment les infiltrations que la scarification. Cependant l'observation m'a démontré que cet accident, si fréquent lorsqu'un léger obstacle s'oppose à l'écoulement de l'urine, ne s'est encore présenté chez aucun de mes opérés ; j'invoquerai à cet égard le témoignage et le souvenir des membres de la commission du prix d'Argenteuil, en présence desquels j'ai opéré un assez grand nombre de malades. Ces honorables confrères pourront également attester que l'hémorrhagie n'a jamais constitué un accident grave, car tous les malades que j'ai opérés à l'Académie de médecine, salle de leur séance, ont pu regagner à pied leur domicile immédiatement après l'opération.

La non infiltration de l'urine dans les tissus, après l'incision, constitue une apparente anomalie, si l'on raisonne d'après ce qui se passe après la scarification ; cependant je crois pouvoir donner de ce fait une explication très-rationnelle ; la section complète des parois du canal étant pratiquée, un peu de sang coule aussitôt par ce conduit, et une petite quantité de ce liquide passe dans les cellules du tissu cellulaire extérieur, les distend, les tuméfie

même de façon qu'il n'y a plus de place pour l'urine lorsqu'elle parcourt le canal.

Plus tard, c'est-à-dire lorsque la phlogose s'est emparée de ce tissu, c'est alors son gonflement et sa tuméfaction qui rendent cet accident impossible. D'ailleurs on conçoit que, pour passer dans la plaie, il faudrait que l'urine fût arrêtée dans son cours par un obstacle quelconque. Or le canal ne présentant plus aucun resserrement, l'urine s'échappant librement, son infiltration dans la plaie me paraîtrait rendue impossible par ce seul fait, sans y joindre même cette autre difficulté constituée par l'obstruction produite par la présence du sang exhalé et coagulé entre les lèvres de la plaie.

C'est probablement parce que le sang ne s'insinue pas dans le tissu cellulaire du périnée après l'opération de la taille, qu'on a vu quelquefois l'urine s'y infiltrer. Cette complication pourrait néanmoins être déterminée après l'urétrotomie comme après la taille, par la présence d'un caillot qui obstruerait le canal dans le premier cas, et la plaie dans le second. Il suffirait de briser ce caillot avec une sonde pour prévenir cet accident.

Mécanisme de l'élargissement du canal après l'incision. — J'ai démontré, en parlant des causes des rétrécissements, que les plaies longitudinales de l'urètre se réunissant par première intention ne devaient et ne pouvaient jamais produire les rétrécissements du canal. Si on empêche la réunion immédiate et si les deux lèvres de la plaie se cicatrisent isolément, non-seulement on évitera les coarctations, mais encore il est évident qu'un certain élargissement s'ensuivra, élargissement proportionné à l'étendue de la cicatrice interstitielle. Ce qui arrive au canal à l'état sain se produit de la même manière lorsqu'il est affecté de rétrécissement, pourvu toutefois que la plaie intéresse ses parois dans toute leur épaisseur, nécessité dont j'ai pu me convaincre par l'observation et par mes expériences sur les animaux.

Pour concevoir comment l'élargissement du canal succède au traitement des rétrécissements par l'incision, il faut avoir une connaissance exacte de l'organisation de l'urètre, des tissus divisés dans l'opération, et surtout du mode de cicatrisation de la plaie, lorsqu'on s'oppose à sa réunion par première et par seconde intention : il faut avoir observé que ce n'est pas seulement sur chaque lèvre de la plaie, tenue à distance, que s'implante la cicatrice, mais qu'elle en gagne le fond, ou plutôt qu'il s'en forme pour ainsi dire une seconde dans leur intervalle, en dehors du canal, c'est-à-dire à l'extérieur des parois de l'urètre et sur le tissu cellulaire très-lâche voisin de la membrane fibreuse la plus

extérieure de ce conduit; or si l'on est forcé d'admettre qu'entre les lèvres de la division, il peut se souder une cicatrice d'une certaine étendue, n'est-on pas conduit à conclure que cette cicatrice doit, en s'ajoutant aux parois de l'urètre comme une pièce supplémentaire, augmenter la largeur et conséquemment la capacité de ce conduit, bien loin de la diminuer, comme l'ont avancé MM. Velpeau, Civiale, etc., et comme le croient généralement tous les auteurs qui confondent toutes les cicatrices de l'urètre et les accusent de devenir des causes de coarctations, parce qu'ils ont vu les rétrécissements se reproduire opiniâtrement après la scarification. Nous avons vu combien ces opinions sont dénuées de justesse.

Je me suis déjà efforcé d'exposer par quels phénomènes la cicatrice de la scarification permettait au canal de revenir au diamètre qu'il avait avant elle; il ne me sera pas moins facile de démontrer comment la cicatrice de l'incision en opère l'élargissement permanent, pourvu qu'on empêche la réunion des lèvres de la division. Pour rendre l'explication plus intelligible, il faut supposer à la plaie une grande étendue, lui accorder, par exemple, deux ou trois lignes de profondeur et une largeur de cinq à six fois plus considérable, car, avec des dimensions plus bornées, il serait impossible d'obtenir un écartement suffisant pour obtenir le développement de la cicatrice intermédiaire que nous recherchons. Raisonnons donc dans l'hypothèse d'une plaie de 15 à 18 lignes de longueur intéressant les parois de l'urètre dans toute leur épaisseur, ses deux lèvres qui se touchent habituellement se réuniront donc immédiatement, si on ne les sépare pas, et comme il est facile de le concevoir, leur réunion opérée dans ces circonstances ne changerait rien à la disposition primitive des parois de l'urètre, le canal conserverait donc son étroitesse morbide; si, au contraire, on empêche leur réunion, si on les sépare et si on les tient écartées, la plaie affecte un autre mode de cicatrisation que je vais décrire.

Lorsqu'on introduit dans l'urètre, au niveau de l'incision qu'on vient d'y pratiquer, soit une grosse sonde, soit un dilatateur, on n'écarte pas seulement, ainsi qu'on se l'imagine, les lèvres de la division par leurs bords libres, de façon à donner à la plaie une forme évasée en forme de V très-ouvert, ou évasée comme il arrive à une plaie ordinaire, mais les tissus sont entraînés dans toute leur épaisseur, et l'interstice est aussi considérable au fond de la plaie qu'à la surface. Cet écartement a la plus grande analogie avec le retrait observé dans les deux portions d'un muscle dont on a opéré la section. On conçoit aisément que cet écarte-

ment doit être d'autant plus grand que la plaie est plus longue. Il est favorisé par la couche de tissu cellulaire lamelleuse existant à l'extérieur de l'urètre. C'est en maintenant les lèvres de la plaie ainsi distantes, de manière à empêcher leur réunion, qu'il y a production d'une cicatrice commençant sur leurs bords et s'étendant peu à peu dans l'intervalle qui les sépare. Sur ce dernier point, elle s'établit sur le tissu cellulaire lamelleux lui-même, tissu dans lequel on ne trouve jamais de graisse. Tels sont les phénomènes physiques qui président à la formation de la cicatrice qui s'ajoute aux parois de l'urètre pour en accroître la largeur.

Le traitement des rétrécissements, après l'opération que nous venons de décrire, est de la plus grande simplicité; il se borne à remplir deux indications d'une réalisation facile, mais réclamant cependant une attention soutenue et des soins judicieux. Elles consistent à empêcher les lèvres de la plaie de se réunir l'une à l'autre, en leur imprimant un certain écartement de nature à favoriser entre elles la formation de la plus large cicatrice possible.

Le raisonnement m'avait porté à penser que pour arriver sûrement à rétablir l'aire normale du canal, il fallait que cet écartement fût très-considérable ; aussi ai-je eu d'abord recours aux plus grosses sondes et même à un dilatateur. Cependant j'ai eu lieu de me convaincre qu'en agissant ainsi, je dépassais de beaucoup ce qui est rigoureusement nécessaire ; je conseille maintenant avec confiance l'usage des sondes d'un volume ordinaire, pouvant librement parcourir le canal; leur emploi satisfait à toutes les conditions nécessaires.

Ce n'est pas la seule simplification introduite dans cette partie de ma méthode. Me fondant sur ce que les bords de la division se touchent lorsque le canal est dans l'état de vacuité, j'avais cru à mes débuts que pour obtenir la large cicatrice intermédiaire dont j'ai parlé, il fallait que les bords de la plaie fussent tenus habituellement écartés l'un de l'autre par une sonde laissée à demeure dans le canal ou du moins introduite très-fréquemment, afin d'éviter toute réunion immédiate ; mais l'observation m'a peu à peu démontré que cette précaution était tout à fait superflue, qu'on pouvait parfaitement obtenir la cicatrice cherchée, en séparant une fois par jour seulement les lèvres de la plaie. J'ai donc pu réaliser, en rendant l'usage des sondes inutile, un des plus précieux avantages, car on sait combien de catastrophes sont le corollaire de leur emploi.

Tels sont les moyens que je mets en usage pour obtenir sur les plaies de l'urètre une cicatrice capable d'en augmenter le diamètre. J'ai maintenant à m'occuper de la théorie de la cicatrisa-

tion de la plaie, de sa forme, de l'étendue de la cicatrice, de sa nature et de ses propriétés.

Les rétrécissements provoqués chez les chiens que j'ai traités et guéris par mon procédé d'urétrotomie m'ont permis d'apprécier à l'autopsie la forme, l'étendue et la disposition de la cicatrice qui s'établissait sur la plaie ; je crois être en droit, par l'analogie que je lui suppose avec celle qui se forme chez l'homme dans les mêmes circonstances, de donner sur le développement de cette dernière les explications physiques et physiologiques suivantes pour conclure de l'animal à l'homme.

Ayant observé qu'elle se forme en quelque sorte à l'extérieur du canal, qu'elle est large, mince, souple et élastique chez les animaux, je regarde comme probable qu'elle doit posséder les mêmes propriétés chez l'homme, et je me hâte de constater, car c'est le point capital de mes remarques, qu'elle n'est pas rétractile à la manière des cicatrices succédant à la scarification : d'où je conclus que c'est évidemment à cette différence qu'elle doit d'opérer l'élargissement définitif des rétrécissements.

Quant aux phénomènes vitaux qui président à la cicatrisation de la plaie et impriment à sa cicatrice la souplesse et l'élasticité dont est dépourvue celle qui succède à la scarification, voici comment j'ai cru pouvoir m'en rendre compte.

En comparant les plaies résultant des deux modes de traitement, j'ai observé que celles de l'incision, malgré leur étendue considérable et leur profondeur, arrivaient cependant à la guérison presque sans suppuration, ou tout au moins sans avoir suppuré si abondamment ni si longtemps que celles dont la scarification était l'origine; cette observation m'a conduit à penser que ces plaies à évolutions rapides devaient se cicatriser sans éprouver d'inflammation.

L'observation attentive m'ayant pleinement confirmé dans cette opinion, j'ai évité autant que possible de les irriter par la présence des sondes : c'est même pour cette raison que j'ai fini par les introduire une fois par jour seulement, moins pour éviter au malade la douleur de leur introduction, que pour ne pas enflammer la plaie.

De cette remarque que la plaie succédant à l'incision ne s'enflamme pas et ne suppure pas à la manière de celle due à la scarification, j'en ai conclu que c'était la raison pour laquelle la cicatrice était mince, souple et élastique dans le premier cas, et épaisse et rétractile dans le second ; en un mot que c'était à la nature ou à la différence d'organisation de cette cicatrice que je devais atiribuer l'efficacité de l'une de ces méthodes et l'insuffi-

sance de l'autre ; mais est-il vrai que les plaies de l'urètre après l'incision puissent se cicatriser sans s'enflammer et sans suppurer, malgré l'irritation qu'on y excite en écartant leurs bords ? Je prévois qu'on m'objectera que toutes les plaies de l'urètre dont on empêche la réunion immédiate en écartant leurs bords avec une sonde doivent être irritées par cette manœuvre, s'enflammer et suppurer, et alors la cicatrice de l'incision se trouver placée dans la même condition que celle succédant à la scarification, doit suppurer comme cette dernière, et partant on me dira que les mêmes phénomènes présidant à la guérison de ces plaies, leur cicatrice doit avoir la même nature et les mêmes propriétés ; mais ce raisonnement n'est point applicable ; car en admettant que la théorie soit en défaut, le raisonnement doit toujours faire place à l'observation, et être considérée comme erronée si elle n'en est pas la confirmation. C'est ici le cas d'appliquer cette remarque ; en effet, malgré toute probabilité contraire, j'ai constaté dans la totalité des cas soumis à mes investigations, qu'après l'incision, la plaie fournissait seulement une sérosité roussâtre, abondante pendant les deux ou trois premiers jours, et devenait bientôt pour ainsi dire sèche, ou si elle suppurait, le pus exhalé n'était ni blanc ni lié, et si peu abondant d'ailleurs que je l'ai rarement vu couler par le canal et tacher le linge du malade. Ces caractères m'ont fait conclure que les incisions produisaient des plaies de nature à ne pas être envahies par l'inflammation.

Ayant au contraire vu après la scarification la plaie rendre le cathétérisme difficile, suppurer abondamment, et enfin fournir un pus blanc, lié et épais, j'en ai tiré cette autre conclusion, qu'elle était vivement irritée et qu'elle ne guérissait pas sans devenir le siége de phénomènes inflammatoires moins intenses.

Ces différences si évidentes démontrent de la façon la plus irréfutable que la cicatrice de ces diverses solutions de continuité ne doit avoir ni la même nature ni les mêmes propriétés, les mêmes phénomènes vitaux ne présidant pas à leur cicatrisation. La non-rétractilité de la cicatrice adjointe au canal ne saurait pour nous faire l'objet d'un doute ; car nous n'avons jamais vu les rétrécissements se reproduire après l'opération, et sa guérison a toujours été d'autant plus prompte et plus certaine que nous avons mieux réussi à amener la plaie à guérison, sans y susciter de l'inflammation ni suppuration analogue à celle des plaies ulcéreuses. Or avec la rétractilité la récidive est inévitable. En outre nos expériences sur les animaux nous ont permis, à l'autopsie, de nous assurer que cette cicatrice était réellement large, mince et flexible.

Je ferai observer en passant que ce n'est pas chose facile que

d'empêcher complétement l'inflammation dans une plaie dont on est obligé d'écarter les bords jusqu'à ce qu'ils se soient cicatrisés séparément ; aussi ai-je considéré cette partie du traitement comme une des plus délicates et des plus importantes et ai-je mis tous mes soins pour conjurer cet accident redoutable et si fréquent après la scarification.

Nous n'avons pas vu, il est vrai, la cicatrice qui se forme sur les plaies après la scarification ; mais ne nous est-il pas permis de croire qu'elle est épaisse et rétractile, puisque l'observation clinique nous apprend que les rétrécissements se reproduisent constamment après l'opération, et n'avons-nous pas démontré que c'était cette propriété seule qui permettait au canal de se resserrer après lui avoir procuré un agrandissement passager ?

Mais en admettant que la différence qui existe dans les propriétés des cicatrices dont nous venons de parler ne résulte pas de la cause à laquelle nous l'avons attribuée, serait-il irrationnel de la faire reposer encore dans la nature du tissu sur lequel les cicatrices se forment ? Pourquoi en effet ne pourrait-on pas supposer une nature rétractile à la cicatrice formée après la scarification ? Elle s'établit en effet sur le tissu spongieux qui, s'il n'est pas contractile, est au moins éminemment vasculaire et par conséquent susceptible de s'enflammer avec la plus grande facilité. Par opposition, ne pourrait-on pas admettre que la cicatrice, née dans l'écartement des lèvres de la plaie après l'incision, est mince et élastique , puisqu'elle se forme sur le tissu cellullaire extérieur qui est mince, blanc et lamelleux et conséquemment peu sujet aux accidents inflammatoires ?

Je crois entrevoir que cette opinion : que la cicatrice après l'incision se forme de toute pièce aux dépens de quelques-unes des lamelles du tissu cellulaire en rapport avec le fond de la plaie de l'urètre, n'est pas dénuée de vraisemblance. Peut-être que dans ces cas, après avoir contracté des adhérences les unes avec les autres, ces lamelles constituent-elles en entier la cicatrice qui s'offre sous la forme d'une membrane mince, s'étendant de la lèvre externe de l'un des bords de la plaie à la même lèvre du bord opposé. Je laisse à mes confrères à juger la valeur de cette hypothèse. Quant à moi, tout en hésitant à l'adopter comme vraie et à en prendre la responsabilité, je suis cependant loin de la considérer comme privée de toute probabilité.

Les considérations précédentes démontrent que, suivant l'emploi de l'un des deux procédés d'urétrotomie, les cicatrices appelées à élargir le canal ne diffèrent pas par leur forme, leur nature et leurs propriétés, seulement parce que les mêmes phé-

nomènes vitaux n'ont pas signalé la guérison des plaies, mais encore parce que les tissus sur lesquels elles s'établissent sont d'une autre essence. Elles font voir enfin que larges, minces et flexibles après l'incision, au lieu d'être épaisses et éminemment rétractiles, comme après la scarification, elles sont complétement dépourvues de cette dernière propriété, et c'est certainement pour ce motif qu'elles procurent un élargissement définitif au canal, en s'ajoutant à ses parois, tandis que c'est à la rétractilité de la cicatrice que la seconde méthode doit de constituer seulement un mode palliatif du traitement des rétrécissements (1).

La description que nous venons de donner des deux procédés opératoires dont se compose l'urétrotomie, nous a fait apprécier les différences qui caractérisent chacun d'eux, et nous a démontré d'une manière péremptoire l'utilité et l'importance de leur distinction, non-seulement parce que ces deux procédés ont une apparente analogie au point de vue de l'opération, mais encore parce que les particularités qui font apprécier le degré d'élargissement obtenus par chacun d'eux sur les rétrécissements reposent sur des nuances assez difficiles à saisir. Ainsi, quoique dans les deux procédés on pratique l'urétrotomie à peu près de la même manière et avec des instruments ayant une forme analogue, quoique après l'opération on fasse toujours concourir les sondes à la guérison des plaies, il y a cependant une grande différence entre eux, tant sous le rapport des tissus divisés, de l'étendue donnée à l'incision, de l'agrandissemet du canal qui en résulte, que sous celui de la manière d'employer les sondes, de l'influence de ces corps étrangers sur la cicatrisation des plaies et sur la nature des cicatrices qui leur succèdent.

La scarification ne diffère pas seulement de l'incision parce que dans ce dernier procédé, outre le tissu anormal, on divise aussi l'urètre dans toute son épaisseur ; la distinction fondamentale entre elles gît dans cette différence d'une valeur bien plus élevée que si la méthode que je combats constitue seulement un auxiliaire de la dilatation ; l'incision est à elle seule une méthode de traitement des rétrécissements ; nous avons vu en effet que la scarification avait moins pour but de remédier directement à la coarctation, que celui de faciliter la dilatation de son ouverture par la section de l'anneau fibreux qui étrangle le canal.

(1) Nous croyons utile de rappeler que la remarque fondamentale de M. Reybard, sur la nécessité des récidives liée à la rétractilité des cicatrices des plaies du tissu cicatriciel, est une application du même principe que nous avons établi dès longtemps à l'occasion des récidives succédant aux sections de brides pratiquées pour remédier aux difformités causées par des coarctations de cicatrices. J. G.

C'est en invoquant un mode particulier d'exploration inusité, inconnu avant nous, l'introduction des bougies à boule avant et après l'opération, que nous avons pu démontrer l'exactitude de la proposition précédente. La différence du calibre des sondes traduit en effet de la façon la plus fidèle la transformation imprimée au canal par le fait de la scarification. De plus nous avons encore démontré expérimentalement que les sondes introduites aussitôt après l'opération, au lieu de dilater simplement l'ouverture de l'obstacle par l'allongement de ses parois, ont au contraire pour effet immédiat de l'agrandir en déchirant la membrane muqueuse et de donner à la plaie cinq à six fois plus d'étendue qu'elle en avait avant leur emploi, et que c'est seulement après avoir opéré cette déchirure qu'elles peuvent agir sur le tissu spongieux à la façon d'un corps dilatateur.

Nous appelons toute l'attention des praticiens sur ces faits ignorés jusqu'à présent dans la science; ils sont de nature à jeter la plus vive lumière sur la thérapeutique des rétrécissements.

De ces remarques diverses découlent les conséquences : 1° que dans la scarification les plaies ont réellement plus d'étendue qu'on n'est porté à le croire, en considérant le volume de l'instrument tranchant avec lequel on agit sur le rétrécissement, parce qu'elles acquièrent une largeur cinq à six fois plus considérable par la déchirure de la membrane muqueuse; 2° que malgré leur étendue, ces plaies ne donnent cependant pas à l'ouverture du rétrécissement un diamètre proportionné au volume des sondes qu'on peut y introduire ; 3° que ces divisions superficielles ne sont douées d'aucune efficacité curative, parce qu'elles ne sont pas suffisamment profondes; 4° que les corps étrangers employés comme des corps dilatants excitent sur les plaies une vive inflammation suivie de suppuration, d'écoulement blennorrhagique et d'autres accidents encore; aussi la cicatrice qui se forme sur les plaies guéries pendant cette période inflammatoire acquiert-elle les qualités rétractiles inhérentes au tissu inodulaire.

Nous avons vu l'incision posséder précisément les propriétés thérapeutiques dont la scarification est dépourvue; en effet, elle constitue à elle seule une méthode de traitement dont l'efficacité sera assurée si le canal sectionné dans toute son épaisseur a mis le tissu cellulaire extérieur à nu, permettant ainsi à une sonde d'être momentanément interposée entre les bords divisés, et de les écarter dans une étendue suffisante pour permettre d'accomplir cette manœuvre sans effort, facilitée qu'elle est d'ailleurs par l'extrême laxité du tissu cellulaire voisin.

Résumant l'esprit de ces observations, je puis donc tirer les conclusions suivantes. Il n'est pas nécessaire d'employer les sondes comme dans la scarification, c'est-à-dire à la façon des corps dilatants. A plus forte raison on n'est pas obligé de tenir ces corps étrangers à demeure dans le canal, comme on l'a cru jusqu'à présent, pour qu'il se forme dans l'intervalle des bords de la plaie une large cicatrice interstitielle ; il suffit au contraire de les écarter une fois dans les vingt-quatre heures avec le bout d'une sonde, pour obtenir cet heureux résultat. En se cicatrisant sans s'enflammer et sans suppurer, cette solution de continuité guérit très-promptement et dans les conditions les plus favorables à la formation de la cicatrice supplémentaire qui doit élargir le canal, c'est-à-dire à la formation d'une cicatrice non rétractile qui, en lui conservant sa souplesse et ses dimensions, assure la guérison des rétrécissements et élève ainsi cette opération au rang des méthodes curatives.

Résumé. — Notre tâche est terminée. Nous aurions pu pousser plus loin l'examen des caractères distinctifs des deux méthodes à l'étude desquelles nous nous sommes livré concurremment, et en tirer des déductions plus complètes; nous ne l'avons pas fait, l'intelligence, la sagacité, la bienveillance de nos confrères suppléera à ce que notre travail présente d'incomplet. Cependant, avant de clore ce Mémoire, nous croyons utile de jeter un dernier coup-d'œil sur la route que nous venons de parcourir, et de nous demander si nous étions autorisé à proclamer que nous avions doté la chirurgie d'une méthode nouvelle, que nous avons dévoilé des vérités inconnues. Nous avons la conviction que ce langage exprime la vérité ; en effet, mettons dans la balance les deux méthodes, d'une part l'urétrotomie par incision, de l'autre par scarification, et scrutons leur mérite. Que chaque praticien se recueille avant de formuler son jugement et se demande : qu'est-ce que la scarification ? N'est-ce pas une opération sans valeur par elle-même, venant au secours d'une autre méthode d'une efficacité plus problématique encore, opération nécessitant l'emploi permanent ou du moins très-fréquent des sondes, c'est-à-dire exposant les malades aux plus graves accidents inflammatoires, les mettant sous le coup de maladies nouvelles créées par le prétendu traitement, qui, au lieu de les soustraire à leur mal primitif, greffe des complications redoutables, égalant en gravité la maladie mère, si elles ne la surpassent pas ? Qui n'a vu, en effet, l'emploi des sondes accompagné d'inflammations phlegmoneuses du canal, de dépôts urineux, de déchirure de l'urètre, de fistules urinaires, d'orchite, d'hydrocèle, d'altération

de la prostate, de catarrhe de la vessie, de cystite, d'ulcération et de perforation de cet organe, etc.? Ce cortége effrayant de dangers forme un sombre tableau qui n'est point chargé à plaisir, de sinistres menaces, tous les praticiens l'ont vu se dérouler, entraînant d'irrémédiables catastrophes. Au moins si les dangers affrontés, la longueur du traitement, la vie sédentaire à laquelle il contraint, c'est-à-dire l'abandon de toute carrière, de toute occupation, les douleurs physiques, les angoisses morales trouvaient un dédommagement dans la certitude de la solidité et de la durée de la guérison! Mais non, rien n'est plus fragile que ces améliorations, quelques jours de répit, juste ce qu'il faut pour faire naître dans l'esprit du malade, l'illusion décevante de son rétablissement, et la victime voit recommencer son supplice. Tel est le sort départi aux personnes atteintes de rétrécissements organiques, traitées par la scarification.

A côté de cette triste constatation de la pauvreté de la chirurgie en ce qui concerne les coarctations urétrales, j'ai tracé les bases d'un système nouveau étayé par vingt années d'études; à des préceptes vagues, irrationnels et inefficaces, je propose de substituer une opération basée sur les plus saines données d'anatomie pathologique. La pensée, il est vrai, a besoin de réflexion avant de l'adopter, car elle choque les théories faites pour les méthodes que je combats; mais les faits confirment les théories et ne sauraient être infirmées par elles, ou il faudrait rayer de nos codes cette sentence fondamentale qu'Hoffmann y a écrite : *Ars medica tota in observationibus.*

L'urétrotomie par incision triomphe par où succombe sa rivale : entrée dans le domaine de la science, elle en proscrira le traitement cruel durant des mois et même des années pour n'amener, après des sacrifices inouis, qu'une amélioration bientôt détruite, après laquelle le malade, replongé dans sa position première, doit parcourir de nouveau et sans plus de fruit ces douloureuses épreuves. Par ma méthode, quelques jours, quelques semaines au plus, après des souffrances en quelque sorte instantanées au moment de l'opération, suffiront à rendre à l'organe malade, non ses tissus normaux, emportés par une influence destructive, ils ont disparu pour toujours, mais ses dimensions normales, ce qui, en pratique, revient au recouvrement de l'intégrité de ses fonctions. Au lieu de corps étrangers fixés à demeure comme dilatateurs et introduits jusque dans la vessie, menaçant sans cesse de rendre les tissus sains plus malades que ceux primitivement affectés, l'urétrotomie par incision admet l'usage des sondes dans le seul but d'empêcher la cicatrisation

immédiate de la plaie, elles ne doivent jamais dépasser le niveau du rétrécissement, elles sont retirées aussitôt, et cette manœuvre répétée seulement une fois par jour, laisse au malade exempt des douleurs et des périls occasionnés par le dangereux séjour des bougies dans le canal et la vessie, sinon la possibilité de vaquer librement à ses occupations, du moins la certitude d'une guérison très-prochaine.

Mais un vieil axiome nous le dit : guérir est la suprême loi ; si l'urétrotomie par incision n'est point réellement douée de l'efficacité que je lui attribue, mes conclusions ne seraient qu'un mirage décevant et cruel. J'appelle sur cette méthode les investigations les plus sévères ; soumise à un examen consciencieux et approfondi, elle sera sanctionnée par le suffrage du corps médical. Je la livre sans crainte à la publicité ; les avantages incontestables qu'elle m'a fournis ne failliront pas aux praticiens habiles qui l'adopteront. OEuvre sérieuse, éclose à l'abri du tumulte et des rivalités, mûrie par la réflexion, déduite de principes clairs, précis et rigoureux, je la livre après l'avoir soumise à de longues méditations confirmées par de solides expériences, après l'avoir vue couronnée de succès inespérés, je la livre, dis-je, avec la sécurité inspirée par la certitude de voir mes résultats confirmés, avec le bonheur qu'éprouve tout homme auquel sa conscience fournit le témoignage d'avoir loyalement acquitté sa dette envers l'humanité, en s'efforçant de reculer les bornes de la science appelée le plus directement à la protéger.

Un triste spectacle a été donné depuis quelques années pour quelques parties de la chirurgie : à côté de praticiens dignes d'estime pour leurs travaux et leurs personnes, nous avons vu sourdre des individualités peu scrupuleuses, subordonnant systématiquement tout à leurs intérêts personnels, ne craignant point de tronquer la vérité en dénaturant les faits, se servant de la science et de son langage austère pour glorifier leurs œuvres et refouler toute innovation n'émanant pas de leur initiative ; aussi l'histoire des connaissances médicales a été exposée avec tant de partialité, qu'elle est à refaire presque en entier sous ce rapport. Mon travail sera classé parmi ceux entrepris dans un but plus élevé ; en effet, ne figurant plus dans la phalange militante des praticiens, exempt désormais des rudes labeurs de la profession, à l'abri de l'ambition qui, par ses mauvais conseils, énerve souvent de généreuses organisations, je cherche encore à être utile en rassemblant, dans le repos qui conduit au recueillement et à la méditation les enseignements fournis par ma longue carrière médicale.

17. *Considérations sur la taille recto-vésicale; calcul vésical; fistule urinaire à l'hypogastre; cystotomie recto vésicale; guérison avec persistance d'une fistule à la vessie*; par M. le docteur FLEURY, professeur de clinique chirurgicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

(Gazette médicale de Paris, N° 18, 1850.)

La taille recto vésicale, qui était connue bien longtemps avant 1816 (Velpeau, *Médecine opératoire*), n'a été érigée en méthode que depuis cette époque par Sanson, qui a indiqué le premier le manuel opératoire au moyen duquel on peut arriver par cette voie jusque dans la vessie. Cette opération, malgré les avantages que lui ont trouvé son auteur et quelques chirurgiens italiens, n'a pas été adoptée en France, et paraît même aujourd'hui complétement abandonnée. Si, en effet, les calculs sont trop volumineux pour être extraits par l'incision périnéale, on préfère la taille hypogastrique; il peut arriver cependant que celle-ci ne soit point praticable, comme chez le malade dont je rapporte ici l'observation, force est alors d'adopter la première, malgré les inconvénients qu'elle présente. Ainsi Dupuytren fut contraint de diviser le rectum chez un individu auquel il avait pratiqué la taille bilatérale. La pierre étant trop volumineuse pour sortir par l'ouverture du col de la vessie, il se vit forcé de prolonger l'incision jusqu'au bas fond de l'organe.

Si une circonstance analogue à celle-ci s'offrait aujourd'hui, on chercherait à briser le calcul au moyen d'instruments lithotriteurs, afin d'en extraire séparément les fragments, et on ne toucherait point au rectum.

Les avantages de la cystotomie recto-vésicale ont bien de prime abord quelque chose de séduisant : l'opération est simple et facile; l'épaisseur des tissus à diviser est peu considérable; l'incision que l'on pratique sur la ligne médiane met plus qu'aucun autre procédé à l'abri d'une hémorrhagie qui, chez les vieillards surtout, a une gravité extrême; les instruments arrivent à la vessie par une voie très-courte, les urines ont un écoulement facile et libre, et n'ont aucune tendance à filtrer dans l'épaisseur des tissus. Mais d'un autre côté, il y a un inconvénient majeur : c'est l'ouverture fistuleuse, qui persiste après l'opération. Cette infirmité est tellement dégoûtante, les conséquences en sont si fâcheuses, que l'on doit choisir de préférence un procédé opératoire qui n'y prédispose pas : c'est ce qui explique l'abandon presque général de la taille recto-vésicale, qui ne peut être mise en usage que dans quelques cas exceptionnels.

On a bien, il est vrai, cité l'observation de malades chez lesquels l'ouverture s'est cicatrisée; mais ce sont des faits rares, et qui n'infirment point la règle générale.

Notre opéré n'en a pas été plus à l'abri que les autres; mais ici nous n'avions pas le choix, et fistule pour fistule, celle-ci avait moins d'inconvénients que celle qui existait à l'hypogastre, et dont il fallait détruire la cause pour sauver ses jours.

Obs. — Le nommé Croix (Jacques), âgé de 25 ans, exerçant la profession de berger, est entré à l'Hôtel-Dieu de Clermont le 7 octobre 1848.

Ce jeune homme, d'une constitution faible et maladive, avait joui jusqu'à l'âge de 11 ans d'une assez bonne santé, lorsqu'il vit se former, sans cause connue, un abcès au niveau de la fosse iliaque du côté gauche.

Après un séjour de six mois au lit, la suppuration s'arrêta; mais il s'aperçut en se levant que la jambe correspondante était plus courte que l'autre, et qu'il ne pouvait marcher sans boiter. Il existait en effet de ce côté une luxation spontanée en haut et en arrière.

A dater de ce moment, il remarqua qu'il urinait plus difficilement qu'auparavant, et que des efforts étaient nécessaires pour vider la vessie. Le mal fit de jour en jour de nouveaux progrès, sans qu'il parût s'en préoccuper d'une manière bien vive. La dysurie devint de plus en plus prononcée, enfin, le 1er août de cette année, un abcès se développa dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'abdomen, à quatre travers de doigt en haut et en dedans de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles du côté gauche. En s'ouvrant, il donna issue à du pus, et bientôt toute l'urine que contenait la vessie s'échappa par une fistule qui s'établit dans cette région. C'est seulement alors qu'il prit le parti d'entrer à l'Hôtel-Dieu.

L'ouverture fistuleuse donne constamment issue à de l'urine, qui s'en écoule tantôt goutte à goutte, tantôt par jet, lorsque le malade contracte les parois de l'abdomen ou que l'on y introduit un stylet. Le trajet de ce conduit anormal ne suit pas une ligne droite; car la sonde exploratrice, quoique d'un petit volume, est arrêtée à 3 centimètres de profondeur. Lorsque l'écoulement de l'urine est continu, le liquide paraît clair comme à l'état normal; lorsque, au contraire, on en accélère la sortie en irritant le canal, elle est troublée et d'un blanc laiteux. Une algalie en argent est introduite dans l'urètre. Le cathétérisme est douloureux, et l'instrument est bientôt arrêté au niveau du col par un calcul qui se prolonge dans sa portion prostatique.

En introduisant le doigt dans le rectum, on sent une énorme tumeur qui occupe tout le bas-fond de la vessie et qui repose sur cet intestin ; il est facile, à sa dureté, d'en reconnaître la nature : c'est une pierre qui occupe l'intérieur du réservoir urinaire et qui en distend les parois. En se formant, elle a rendu pendant longtemps la miction douloureuse, puisque le malade souffre depuis quatorze ans. A la longue elle a pris un tel développement que l'urine, ne pouvant plus être contenue dans la vessie, s'est frayé une issue par une autre voie en provoquant son inflammation et celle du tissu cellulaire, qui l'unit à la paroi antérieure de l'abdomen. La sonde n'est arrivée dans la vessie qu'avec la plus grande difficulté.

Quoique les douleurs que ce jeune homme éprouve depuis si longtemps aient été bien vives, elles n'ont cependant pas altéré sensiblement sa constitution. Les principales fonctions de l'économie s'exécutent d'une manière normale, et la maigreur que l'on observe chez lui paraît être plutôt un état naturel qu'un effet d'une nutrition incomplète.

L'indication à remplir était simple : il fallait débarrasser la vessie du calcul qui y était contenu. Mais à quels moyens devait-on recourir ?

La lithotritie n'était pas praticable ; la pierre offrait un volume trop considérable pour qu'on pût la saisir avec une pince à trois branches ou avec l'instrument de M. Heurteloup. L'extrémité vésicale de l'urètre était d'ailleurs tellement obstruée par elle, qu'il m'eût été impossible d'arriver jusque dans la vessie, en supposant que l'on pût préalablement calmer l'irritabilité de la muqueuse. Restait alors la cystotomie.

La taille périnéale, qui est, de toutes les méthodes, celle à laquelle on a le plus généralement recours, ne pouvait pas être employée chez notre malade, l'arcade sous-pubienne n'offrant pas un degré d'écartement assez grand pour laisser passer un calcul qui paraissait énorme, lors même qu'on eût choisi la taille bilatérale, qui permet de donner à l'incision des parties molles une étendue plus considérable, en s'éloignant moins de la ligne médiane.

Restaient les tailles hypogastrique et recto-vésicale. La première offre, il est vrai, une large issue aux corps étrangers que l'on veut extraire de la vessie, mais les parties sur lesquelles il aurait fallu agir ne devaient pas offrir le degré de laxité nécessaire à la réussite de l'opération. Nul doute que les rapports de la vessie avec les parois de l'abdomen n'eussent subi quelques changements par suite de l'inflammation qui s'y était développée

et que le péritoine n'eût contracté des adhérences qui auraient pu l'exposer à être intéressé par des instruments tranchants.

Nous n'avions plus alors que la taille recto-vésicale.

Des deux procédés décrits par Sanson, l'un consiste à attaquer le bas-fond de la vessie, l'autre à diviser son col en prolongeant l'incision jusqu'au rectum. Le premier offre, il est vrai, une issue plus large aux calculs, mais il expose plus que l'autre à des fistules incurables et à la lésion du péritoine: c'est donc à ce dernier que je devais m'arrêter, avec d'autant plus de raisons que la pierre se prolongeant dans le col et dans la portion prostatique du canal, serait plus facilement ramenée à l'extérieur par une incision qui diviserait ces parties.

L'opération ne laissait pas que d'offrir quelques difficultés. Indépendamment de la déviation du membre pelvien du côté gauche produite par la luxation spontanée, il existait à la face interne et inférieure de la cuisse droite une cicatrice adhérente qui s'opposait à la flexion de la jambe sur la cuisse. On ne pouvait donc pas donner au malade la position à laquelle on a recours pour pratiquer l'opération de la taille. Comme on ne pouvait fixer les mains aux talons, je le fis assujettir aussi solidement que possible par des aides pendant qu'on lui faisait inspirer du chloroforme, afin de prévenir les mouvements inconsidérés qu'il aurait exécutés et auxquels il eût été impossible de remédier.

Un cathéter avait été introduit dans la vessie, mais la saillie que faissait le calcul dans le bas-fond de l'organe m'offrant un guide plus sûr que la cannelure de l'instrument conducteur, je le retirai.

L'incision, commencée à 20 millimètres au delà de l'anus, comprit la partie intérieure du rectum, le sphincter de l'anus, la partie inférieure de la prostate et l'extrémité du périnée. Ces organes, distendus par la pierre, furent incisés avec une grande facilité, leur section ne donna issue qu'à une petite quantité de sang. Glissant alors l'extrémité de l'indicateur de la main droite, entre le corps étranger et la paroi intérieure de la vessie, je cherchai à reconnaître quels étaient leurs rapports, mais le contact éait tellement intime qu'il me fut impossible de passer le doigt autour du calcul, et de m'assurer de l'état de la membrane muqueuse ; je craignis même qu'elle n'eût contracté avec la pierre des adhérences telles, qu'elle se déchirât par des tractions devenues indispensables pour l'extraire.

Je cherchai d'abord à la saisir avec une petite tenette, afin de savoir s'il serait possible de l'ébranler et de la dégager de la

cavité qui la renfermait ; mais l'écartement des branches de l'intrument était tel qu'il me parut impossible de lui donner issue par l'ouverture pratiquée aux parties molles. Je m'étais muni dans cette prévision du lithotome de M. Heurteloup, dans l'espérance de pouvoir briser le calcul s'il était trop volumineux ; mais il me fut impossible de le saisir. Je me servis alors de fortes tenettes dont les cuillers très-larges étaient munies de dents sur leur concavité, et je les introduisis entre le calcul et les parois de la vessie. Bientôt sous l'influence d'une pression un peu forte, je sentis que la pierre cédait et se brisait. L'instrument fut retiré, et je pus, en me servant tantôt du doigt, tantôt d'une pepite tenette, tantôt d'une pince à polype, retirer tous les fragments de la pierre et m'assurer de l'état de la vessie. La membrane muqueuse me parut saine ; je fis au moyen d'une grosse seringue deux injections dans la cavité de l'organe, afin de le débarrasser des petits fragments qui auraient pu échapper aux instruments, et le malade fut transporté dans son lit.

L'opération pratiquée le 12 octobre avait été peu douloureuse, l'insensibilité presque complète sous l'influence des inspirations de chloroforme. Le simple cathétérisme était pour lui, nous disait-il, plus pénible que l'incision qui avait été faite pour retirer la pierre.

Dès l'instant où les urines ont pu s'écouler par l'ouverture pratiquée au col de la vessie, il ne s'en est plus échappé par la fistule hypogastrique qui était oblitérée au bout de douze jours. Il n'y a pas eu, du reste, le moindre accident inflammatoire ; la fièvre a été légère et de courte durée, et bientôt le besoin de prendre des aliments s'est fait sentir.

Au bout de vingt-deux jours, quelques gouttes d'urine ont commencé à s'écouler par l'urètre et à être rendues par la verge; mais cette amélioration, qui devait nous faire espérer l'oblitération de la plaie, n'a point persisté. J'ai alors cherché, après avoir attendu trois semaines, à favoriser la miction en introduisant dans la vessie une sonde d'un gros calibre qui a dû être constamment débouchée. Ce moyen a d'abord parfaitement réussi ; le contact de l'instrument n'avait rien de pénible, mais bientôt les mucosités sécrétées par la vessie en ont obstrué les yeux, la verge s'est tuméfiée, et j'ai dû le retirer.

J'ai alors engagé le malade à quitter l'hôpital dans l'espérance que l'air de la campagne en rétablissant les forces et l'embonpoint faciliterait l'occlusion de la fistule.

Il est sorti le 30 novembre.

La partie de la pierre que l'on a pu conserver pèse 78 gram-

mes ; mais il n'a été possible que de recueillir les fragments les plus volumineux ; la plus grande partie, réduite en poussière par la pression des tenettes, a été entraînée avec les liquides qui s'échappaient de la vessie.

J'ai revu le malade au bout de quelques mois : la fistule persistait.

OPHTHALMOLOGIE. — 18. *Du chlorure de sodium contre les ulcérations de la cornée* ; par M. docteur TAVIGNOT.

(Journal des Conn. médico-chirurg., mars 1850.)

Les premiers essais, à la suite desquels j'ai été conduit à préconiser le chlorure de sodium dans les maladies des yeux, remontent à près de dix ans.

Depuis je n'ai pas cessé un seul instant de m'occuper de cette question thérapeutique, et, à diverses reprises, j'ai fixé de nouveau l'attention des chirurgiens sur les beaux résultats obtenus à l'aide du collyre au sel marin, spécialement dans les ulcérations de la cornée.

Aujourd'hui j'ai voulu donner un plus haut degré d'utilité pratique à ce sujet, en m'occupant exclusivement de l'emploi du chlorure de sodium dans les ulcérations de la cornée ; et, j'aurai atteint mon but, si l'on veut bien reconnaître, plus tard, que la kératite ulcéreuse offre une certaine gravité par elle même, et qu'elle cède très-promptement à l'emploi du moyen thérapeutique que nous préconisons.

Non-seulement les ulcérations de la cornée ne présentent point une identité parfaite dans leurs caractères physiques et physiologiques, mais j'ajoute qu'elles diffèrent encore beaucoup entr'elles sous les rapports de leurs causes, de leurs symptômes, de leur marche, etc.

Les ulcérations de la cornée se rencontrent à toutes les époques de la vie : je les ai observées sur des enfants nouveau-nés et chez des vieillards octogénaires. Elles paraissent se développer sous l'influence de causes si variées, qu'on comprend, jusqu'à un certain point, qu'elles puissent survenir au milieu de conditions organiques si différentes.

C'est un fait d'observation incontestable, cependant, que les ulcérations de la cornée surviennent fréquemment chez les jeunes sujets, surtout quand ils sont lymphatiques ou scrofuleux.

Les personnes soumises à un mauvais régime, à une alimentation insuffisante, à des conditions hygiéniques défavorables, paraissent prédisposées à cette affection. Sous ce dernier point de vue étiologique, on peut, à la rigueur, rapprocher plusieurs

espèces d'ulcérations de la cornée de la kératite ulcéreuse que M. Magendie produit, pour ainsi dire, à volonté, chez les animaux dont il débilite la constitution par une nourriture insuffisante, ou peu nutritive, comme le sucre, par exemple.

Mais, lorsqu'il s'agit de nous rendre compte des causes déterminantes des ulcérations de la cornée, nous devons reconnaître qu'elles nous échappent dans la grande majorité des cas.

La division suivante que j'ai donnée des ulcérations de la cornée me semble être, à la fois, la plus exacte et la moins compliquée. (Voy. *Traité clinique des maladies des yeux*, p. 301.)

Nous rangeons d'abord toutes les ulcérations de la cornée en deux grandes classes :

1° *Ulcérations transparentes.*

2° *Ulcérations opaques.*

Les ulcérations transparentes se subdivisent en :

A. *Ulcérations pointillées ;*

B. *Ulcérations à facettes* ;

C. *Ulcérations cupuliformes.*

Les ulcérations opaques se subdivisent aussi :

A. *Ulcérations semi-lunaires* ;

B. *Ulcérations vasculaires* ;

C. *Ulcérations pulpeuses.*

La gravité relative de ces diverses sortes d'ulcérations de la cornée est loin d'être la même ; et cela importe surtout à constater ici.

On peut établir, en règle générale, que les ulcérations transparentes sont moins graves que les ulcérations opaques. Abandonnées à elles mêmes, les premières guérissent, parfois, assez facilement, et sans donner naissance à des complications de nature à compromettre les fonctions ultérieures de l'œil ; les dernières, au contraire, tendent le plus souvent à faire de nouveaux progrès : ce sont elles, et plus spécialement l'espèce que j'ai appelée *ulcération pulpeuse,* qui produisent, dans quelques cas, et avec une extrême rapidité, la perforation de la cornée.

Chose bizarre, et bien digne de remarque ! les symptômes que présentent les ulcérations transparentes et les ulcérations opaques de la cornée, loin d'être en corrélation plus ou moins directe avec la gravité différente de ces diverses ulcérations, sont le plus ordinairement en sens inverse de cette gravité.

Ainsi, la photophobie est presque toujours très-prononcée dans les ulcérations transparentes, tandis qu'elle manque habituellement, ou existe à peine, dans les ulcérations opaques. Mais je dois ajouter que les ulcérations transparentes, par une cause

ou par une autre, souvent sous l'influence d'un traitement peu rationnel, sont susceptibles de se transformer en ulcérations opaques.

J'emploie le chlorure de sodium en collyre dans les six espèces d'ulcérations que je viens d'indiquer : son mode d'action est probablement le même dans tous les cas ; mais comme il se traduit à l'extérieur par des résultats variés, j'ai cru devoir signaler, en passant, cette particularité.

Dans les ulcérations transparentes de la cornée , le premier effet que l'on constate après trente-six ou quarante-huit heures de l'usage du médicament, est une diminution très-notable de la photophobie, quelquefois même sa disparition complète. Cette action si remarquable, et pour ainsi dire infaillible du sel marin sur les ulcères transparents de la cornée, qui fait céder d'un jour à l'autre, le symptôme photophobique, est tout à fait inexplicable, car un examen attentif de l'ulcération ne fait découvrir aucune modification appréciable dans ses caractères physiques. Il s'est produit là, probablement , une simple modification de vitalité.

Dans les ulcérations opaques de la cornée, l'action du chlorure de sodium est accusée d'une manière moins rapide et moins brillante, pour ainsi dire, que dans le cas precédent, vu l'absence de photophobie ; mais l'efficacité du remède tire ici une importance bien plus grande de la gravité même de la maladie.

Le premier effet qui résulte de l'emploi du chlorure de sodium est un brusque arrêt dans la marche envahissante de l'ulcération; puis, après cinq à six jours du même traitement, l'ulcère, qui était resté stationnaire, tend à se déterger insensiblement : une partie de la lymphe plastique infiltrée entre les lames sous-jacentes de la cornée, ou épanchée à la surface de l'ulcération est résorbée ; l'autre partie concourt à former la cicatrice leucomateuse.

Cette période de cicatrisation dure un temps variable, selon les différents cas : quinze jours, trois semaines, un mois.

Je me suis souvent demandé : pourquoi, dans les ulcères transparents de la cornée, la cicatrice est-elle ordinairement diaphane? pourquoi dans les ulcères opaques la cicatrice offre-t-elle toujours une perte de transparence plus ou moins grande? En d'autres termes, l'opacité d'une cicatrice cornéale est-elle un phénomène obligé, nécessairement inhérent au travail réparateur qui s'est opéré ? ou bien n'est-elle que le résultat d'une circonstance fortuite et tout à fait accidentelle ?

Cette question a une grande importance au point de vue thérapeutique, ainsi qu'on le verra bientôt.

J'établis d'abord en principe que la cornée tend toujours à réparer une perte de substance qu'elle a éprouvée par la production d'un tissu nouveau doué de transparence, comme elle l'est elle-même.

A l'appui de cette opinion, il me suffit de citer ce qui a lieu dans les ulcères transparents qui guérissent à l'aide de cicatrices diaphanes, lorsque rien n'est venu entraver, dans sa marche, le travail physiologique de restauration.

Or, en bonne logique, ce qui a lieu dans un cas simple n'est plus possible dans un cas compliqué, à quoi cela tient-il, si ce n'est à la complication elle-même? Ce qui complique un ulcère opaque, c'est évidemment la sécrétion plastique ou puriforme, comme on voudra l'appeler, qui s'est établie soit à sa surface, soit dans l'épaisseur de ses parois. — Cette exsudation opaque disparaît-elle rapidement, comme cela a lieu dans notre méthode de traitement? rien ne s'oppose plus à la formation d'une cicatrice transparente. Tend elle, au contraire, à se concréter sous l'influence d'une médication irrationnelle qui fait passer la maladie à l'état chronique? voici ce qui a lieu : il arrive un moment où la puissance d'absorption est, pour ainsi dire, presque nulle ; alors commence une sorte d'exsudation de suc cornéal, si je puis lui donner ce nom. Ce nouveau travail, commencé, lorsque l'autre n'est pas achevé, a les conséquences suivantes : la lymphe plastique se trouve englobée, en quelque sorte, par le tissu nouveau, et fait corps avec lui, en détruisant, par son opacité, la transparence de la portion de cornée qui vient d'être restaurée.

Ce mécanisme, à l'aide duquel s'opèrent les opacités leucomateuses de la cornée, nous mène à cette conclusion déjà prévue :

Que le meilleur moyen d'éviter les cicatrices opaques dans les ulcérations transparentes de la cornée, est de provoquer le plus tôt possible leur guérison, afin de prévenir sûrement telle ou telle complication qui pourrait avoir pour effet l'opacité partielle ou générale de la plaie ulcéreuse;

Que le meilleur moyen, encore, de prévenir les cicatrices opaques dans les ulcérations non transparentes de la cornée, est de provoquer le plus tôt possible leur guérison, afin de rendre le travail de résorption, qui s'opère sur les dépôts plastiques, assez actif, pour que l'ulcère soit redevenu transparent à l'époque où débutera le travail réparateur de cicatrisation.

J'ai dit quel était ce moyen : on appréciera mieux maintenant toute sa valeur.

Au lieu d'être primitives, les ulcérations de la cornée sont

quelquefois consécutives à une phlyctène, à une pustule ou à une papule développée sur cette membrane. Dans ces différents cas, dès que le travail ulcératif est établi, on doit, dans la pratique, faire abstraction de la petite tumeur, et cela, quels que soient sa forme, son étendue, ses caractères, pour ne plus s'occuper que de l'ulcération que l'on soumettra au traitement ordinaire. L'exemple suivant, bien qu'emprunté à un autre ordre de faits, vient encore à l'appui des faits que nous venons d'avancer:

Voici un malade atteint de kératite plastique. Tant que la lymphe épanchée reste emprisonnée dans les lames de la cornée, c'est en vain que vous tenteriez de modifier, d'une manière favorable, par le sel marin, l'affection cornéale; le collyre ne fera qu'ajouter à l'inflammation dont l'œil est le siége. Ce que je dis ici du chlorure de sodium s'applique également aux autres collyres irritants; et c'est avec juste raison que M. Velpeau les proscrit tous de sa pratique dans le cas particulier qui nous occupe.

Mais dès que la kératite plastique s'est terminée, comme cela à lieu assez souvent, par ulcération, lorsque plusieurs des feuillets superficiels de la cornée sont détruits, bien que la lymphe plastique soit encore recouverte par d'autres feuillets restés intacts, la scène change aussitôt. En effet, l'efficacité du chlorure de sodium devient alors telle que, loin de porter un pronostic plus grave sur la maladie, comme le font la plupart des chirurgiens, je considère celle-ci comme très-près de sa guérison.

Il nous reste à ajouter encore quelques mots pour compléter ce sujet.

Nous n'avons parlé, jusqu'à présent, que des ulcérations simples de la cornée. Les faits ne se présentent pas toujours ainsi dans la pratique. Or, lorsqu'on a à traiter une ulcération de la cornée, compliquée de telle ou telle autre maladie, de quelle manière faut-il procéder?

Sera-ce par la médication propre à l'ulcère cornéal?

Sera-ce, au contraire, par la médication propre à la maladie coexistante?

Mais, c'est surtout lorsqu'on doit traiter une affection complexe nécessitant deux médications simultanées, dont l'une favorable à une maladie peut être nuisible à l'autre, que la difficulté commence.

Ainsi, voilà un malade atteint d'iritis et d'ulcère de la cornée : prescrira-t-on, simultanément, le traitement propre à l'iritis et celui qui convient à la kératite ulcéreuse?

Nous nous bornons, en pareille occurrence, à l'emploi d'une seule médication : celle dirigée contre l'iritis, et qui ne nuit, en

aucune façon, à l'ulcère de la cornée, tandis que l'action irritante du collyre eût activé, peut-être, les progrès de l'iritis. Plus tard, et lorsque l'iritis a déjà cédé au traitement dirigé contre elle, nous traitons l'ulcération. Nous n'admettons qu'une exception à cette règle générale, c'est pour le cas, tout à fait exceptionnel, dans lequel l'ulcère menacerait de perforer, d'un instant à l'autre, la cornée.

L'expérience nous a appris, d'ailleurs, que les contre-indications à l'emploi du chlorure de sodium dans la kératite ulcéreuse doivent être de plus en plus limitées.

Ainsi, quand nous avions, naguère, à traiter une ulcération cornéale compliquée de conjonctivite aiguë avec kémosis, ou bien encore de kératite plastique très-étendue, nous hésitions à prescrire d'emblée le collyre au sel marin, croyant devoir combattre, au préalable, par une médication appropriée, ces complications sérieuses. Depuis, il nous a été démontré qu'il était préférable de traiter immédiatement l'ulcère de la cornée, tout en prescrivant l'emploi des moyens indiqués pour la lésion concomitante.

Dans nos premiers essais, nous avons employé le chlorure de sodium sous trois formes différentes :

En crayon,

En pommade,

En collyre.

Mais c'est surtout sous forme de collyre que le sel marin doit être prescrit dans le plus grand nombre des cas, et spécialement dans les ulcérations de la cornée.

Voici notre formule ordinaire, celle que nous prescrivons pour commencer le traitement :

Pr. Eau distillée, 30 gram.
Chlorure de sodium, 4 —

Ce collyre suffit, le plus souvent, pour opérer la guérison ; dans les cas plus graves nous avons recours au suivant, qui est mieux supporté après le premier qu'il l'eût été d'emblée, parce que la sensibilité de la conjonctive est déjà émoussée par l'habitude.

Pr. Eau distillée, 30 gram
Chlorure de sodium, 6 ou 8 —

Ce n'est que dans quelques cas rares que nous avons prescrit un collyre plus énergique, par exemple 10 grammes de sel marin pour 30 gram. d'eau. Ce collyre, qui est alors à son maximum d'énergie, puisque l'eau ne saurait dissoudre une plus grande quantité de sel, détermine une douleur assez vive dans

l'œil, et il ne m'est pas démontré qu'il soit, en réalité, plus efficace que le précédent.

L'instillation dans l'œil, de notre collyre, doit être faite trois fois par jour : le matin, à midi et le soir. — A chaque instillation, le malade éprouve un sentiment de cuisson assez vif, surtout quand on prescrit une dose élevée de chlorure de sodium. Toutefois, il résulte de nos expériences comparatives que, si la douleur est un peu plus pénible avec le collyre marin qu'avec le collyre ordinaire au nitrate d'argent, elle dure, en revanche, moins longtemps.

Toutes les fois que l'ulcération cornéale existe à l'état simple, nous nous bornons, pour tout traitement, à prescrire le collyre au sel marin. Quand il existe, au contraire, quelque complication particulière, mais ne constituant pas une maladie distincte de la kératite ulcéreuse, nous conseillons simultanément l'emploi de purgatifs, répétés à courts intervalles, quelquefois des frictions mercurielles autour de l'orbite ; plus tard, un vésicatoire derrière l'oreille. Dans ces cas, aussi, nous ajoutons à notre collyre une autre substance, telle que le camphre, le tannin, la teinture d'iode, selon les indications particulières que nous voulons remplir.

Quelques auteurs ont conseillé, lorsqu'on a affaire à un ulcère central de la cornée, et qui menace de produire la perforation de cette membrane, d'instiller dans l'œil quelques gouttes d'une solution de belladone, afin de prévenir, si la perforation a lieu, le prolapsus de l'iris. J'ai moi-même suivi, plusieurs fois, ce précepte, on ne peut plus judicieux ; mais je dois ajouter que cette précaution sera presque toujours inutile, si l'on suit le traitement préconisé plus haut, par la raison que la perforation n'aura pas lieu, si nous en jugeons d'après ce que nous avons observé jusqu'à présent.

Mais tout n'est pas encore terminé lorsqu'on a guéri une ulcération de la cornée, car il faut encore s'efforcer, dans quelques cas, de modifier l'état général du malade, de manière à prévenir le retour d'une ou de plusieurs autres ulcérations, soit du même côté, soit du côté opposé.

Ce que nous avons dit plus haut des conditions organiques qui paraissent favoriser le développement de la kératite ulcéreuse, justifie cette seconde partie du traitement.

Toutes les fois que l'indication se présente — et elle est fréquente chez les jeunes sujets, — nous avons soin de prescrire, après la guérison de l'ulcère, l'administration des ferrugineux, soit, par exemple, le sous-carbonate de fer, à la dose de 0,75 à

1 gramme par jour. Ce traitement est continué pendant six semaines à deux mois. Autant que possible, il doit être aidé d'une bonne nourriture et de soins hygiéniques convenables : exercice modéré, bon air, habitation saine, etc. Si le sujet est rachitique, on aura plus spécialement recours à l'huile de foie de morue.

Nous ne croyons pas nous faire illusion, en affirmant, aujourd'hui, qu'à l'aide de ces modificateurs généraux nous avons été assez heureux pour prévenir un bon nombre de récidives.

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

19. *Mémoire sur la transmission de la syphilis des nouveau-nés aux nourrices* ; par E. Bouchut, médecin des hôpitaux.

(Gazette médicale de Paris, N° 16 ; 1850.)

Le fait de la transmission des accidents syphilitiques des nouveau-nés aux personnes qui les entourent, et particulièrement aux nourrices chargées de les élever et de les nourrir, n'est pas généralement admis. On y croit, mais on ne saurait le défendre contre ceux qui voudraient nier son existence. C'est peut-être une opinion, mais ce n'est pas encore une vérité.

Cependant c'est là une question grave, et dont la solution intéresse vivement l'hygiène publique et la jurisprudence médicale. Il n'importe pas moins de prévenir l'infection syphilitique des nourrices mercenaires dans les bureaux de location, par le refus des enfants suspects, que de faire indemniser celle qui a bien réellement contracté la syphilis d'un nourrisson infecté.

Nul doute qu'un enfant infecté de syphilis primitive, résultant du contact d'une personne étrangère infectée, ne puisse, à son tour, transmettre l'infection à sa nourrice. C'est là un fait qui n'a rien que de très-naturel, qui rentre dans les lois ordinaires de la contagion syphilitique, et qui ne saurait être contesté.

Mais la syphilis congéniale, mais la syphilis héréditaire, qui n'a pour manifestation que des accidents secondaires souvent mal déterminés, peut-elle se transmettre à la nourrice ? Voilà la vraie question, question difficile que nous avons pris à tâche de résoudre en utilisant le petit nombre de faits que la science a mis à notre disposition.

On a déjà, depuis longtemps, signalé la possibilité de la transmission des accidents syphilitiques du nouveau-né à la nourrice. Cette assertion se retouve dans les écrits de quelques-uns de nos

plus anciens syphiliographes ; mais soit que chez eux cette idée résultât d'une conviction théorique plutôt que d'une étude attentive des faits, ils semblent ne pas y avoir ajouté beaucoup d'importance.

En 1523, Jacques Catanée, disait : *Vidimus plures infantulos lactentes, tali morbo infectos, plures nutrices infecisse.* (*Tractatus de morbo gallico.*) Plus tard, Nicolas Massa exprimait la même opinion, sans plus de preuves, et accidentellement, tout en parlant d'autre chose, absolument comme Faguer, Doublet et Bertin à notre époque, dans leurs Mémoires sur la maladie vénérienne des nouveau-nés. Quoique légèrement données, ces indications n'en sont pas moins dignes d'intérêt ; elles prouvent au moins que des remarques judicieuses, vérifiées par le temps, ont été faites sur le sujet. Bertin surtout, dont l'ouvrage est fort important, signale le fait de contagion syphilitique des nourrissons à la nourrice de la manière la plus explicite. C'est une des propositions du début de son livre, et l'on est tout étonné de ne plus en trouver le développement dans le cours de la dissertation qui ne renferme qu'un fait à cet égard, encore est-il moins certain que probable.

Cellerier a essayé de réparer l'omission de Bertin, et dans ce but, il a publié dans le *Journal de médecine* un Mémoire spécial, suivi de cinq observations à l'appui. Malheureusement une seule d'entre elles justifie son titre, et il serait difficile de juger dans les autres si c'est l'enfant qui a infecté la nourrice, ou si, au contraire, c'est la nourrice qui a infecté son nourrisson. Néanmoins ce travail accuse nettement l'opinion de son auteur, et l'observation qui reste pour lui servir de base ne saurait être attaquée. C'est une fille de deux mois, issue de parents syphilitiques et confiée à une nourrice mercenaire. Des pustules commençaient à se développer sur les grandes lèvres et à l'anus. La nourrice, bien portante, n'avait alors rien aux mamelons, ni aux parties génitales, ni sur le corps. Au bout de huit jours les symptômes s'étaient développés chez l'enfant, et les seins de la nourrice présentaient des ulcérations. L'enfant fut aussitôt retirée, et l'on donna une indemnité à la nourrice pour se faire guérir.

Il y a quelques années, M. Bouchacourt a publié une observation analogue rapportée par le *Revue médicale*, et il en a tiré la juste conclusion que la syphilis d'un nouveau-né pouvait se transmettre à sa nourrice.

Voici le fait :

Obs. I. — Un enfant de deux mois, nourri jusqu'alors par une jeune femme, qui, au bout de quelques jours, était tombée

malade et avait présenté des ulcères aux deux seins, des glandes engorgées au col et à la tête, fut repris par ses parents pour être offert à une seconde nourrice. Il avait alors la face gonflée couverte de boutons, les narines obstruées par la suppuration, et il ne pouvait crier.

La nourrice qui le recevait était bien portante, mère de quatre enfants, et son dernier, âgé d'un an, était en très-bonne santé.

Après six semaines de lactation, cette femme, à son tour, vit apparaître de petites pustules, des crevasses et des ulcères autour du mamelon gauche ; les glandes de l'aisselle s'engorgèrent, l'une d'elles devint dure et douloureuse ; son propre enfant eut bientôt le visage couvert de pustules, les lèvres excoriées ; il eut une ophthalmie purulente et plus des pustules sur le dos, sur la nuque, sur la poitrine et autour de l'anus. Sa fille aînée, âgée de douze ans, qui soignait et embrassait maintes fois par jour le nourrisson étranger, fut aussi affectée ; elle fut prise d'une inflammation vive de la bouche avec ulcération de la muqueuse buccale.

La nourrice se fait traiter, on examine ses parties génitales, celles de son mari qui ne présentent aucune altération ni aucune cicatrice. Cependant les médecins sont d'accord ; il n'y a point de doute sur l'existence d'une affection syphilitique ; on la traite comme telle et elle guérit.

Voilà donc un enfant qui infecte successivement ses deux nourrices, et qui est en même temps l'occasion d'une infection semblable chez deux personnes étrangères en rapport avec lui.

Nous rapprocherons de ce premier fait trois observations publiées par le docteur John Égan, dans le *Journal de Dublin* ; quoique incomplètes sous beaucoup de rapports, elles n'en sont pas moins propres à éclairer la question que nous agitons dans ce Mémoire.

Ulcère au sein ; éruption pustuleuse (sloughing) ; érosion à la paroi postérieure du pharynx ; inoculation ; résultat négatif.

Obs. II. — Rose Mac-Avenney, 34 ans, d'une vie régulière, mariée et mère de trois enfants. Son mari est d'une conduite irréprochable. Entrée le 1er juin 1844.

Cette femme déclare qu'au mois de décembre dernier elle fut chargée comme nourrice d'un enfant de sept semaines qui paraissait jouir d'une santé parfaite. Au bout d'une semaine une éruption se déclara d'abord aux *nates*, puis à la partie interne des cuisses; cette éruption disparut et reparut encore plusieurs fois. Ce fut le seul symptôme de maladie qu'elle éprouva jusqu'il y a

deux mois; depuis lors elle eut mal à la bouche et la muqueuse avait une tendance à se détacher des lèvres. Jusqu'à cette époque elle avait continué à allaiter son enfant sans y voir le moindre danger pour elle, et bien qu'on eût insisté pour qu'elle y renonçât.

On aperçoit à la partie interne des cuisses et des bras de l'enfant une éruption écailleuse peu prononcée ; quelques taches sont disséminées sur son corps; il n'existe aucune excroissance, *condylomatous,* ni aucune autre affection au voisinage de l'anus ou du vagin, et la bouche est parfaitement guérie.

Un ulcère de la grandeur d'un noyau de prune, de forme irrégulière, à bords inégaux et légèrement renversés, se voit sur la droite du mamelon gauche de la nourrice. Il se forma peu de jours après que la bouche de l'enfant devint malade, en commençant par une simple crevasse qui a toujours été en s'agrandissant. Il est indolent. Les ganglions du voisinage n'ont point augmenté de volume. Depuis huit jours, elle se plaint de mal de gorge, une congénère crypthémateuse se voit à travers « *the back of the fauces*: mais on n'aperçoit aucune ulcération. Augmentation de vascularité de la conjonctive palpébrale; sécrétion anormale de la glande; du reste l'œil est sain. (Inoculation au bras avec du pus de l'ulcère; cinq grains iodite de potassium dans une décoction de salsepareille, trois fois par jour. Le soir, frictions sur les paupières avec pommade au nitrate de mercure; compresses sur les parties affectées, avec le sous-borate de soude et le carbonate de chaux dans des parties égales d'esprit rectifié et d'eau. A l'enfant deux grains d'hydrargyrum concreta, deux fois dans les vingt-quatre heures.)

Le 4 juin. Nourrice. État de la gorge amélioré; l'ulcère a meilleure apparence; douleurs de tête et dans le dos. (Même traitement.)

Le 17. Plus de douleurs; la gorge est bien ; la conjonctive n'est plus enflammée ; les paupières ne sont plus collées ensemble ; l'ulcère diminue de grandeur. Effet de l'inoculation nul.

L'enfant. L'éruption disparaît ; il est généralement mieux.

Le 30. L'ulcère du sein est complétement guéri. L'enfant ne présente plus de vestiges d'éruption ; il paraît parfaitement bien portant.

Le 5 juillet. La malade sort de l'hôpital où elle rentre de nouveau le 19 octobre.

Elle n'a pas été bien portante depuis qu'elle a quitté l'hôpital. Peu après sa sortie, des taches cuivrées parurent sur les bras et les cuisses. Elle a pris dernièrement des pilules qui ont produit

le ptyalisme. Sa face est recouverte d'une éruption pustuleuse, de nombreuses pustules occupent également les fesses et la partie supérieure des cuisses. L'orifice du vagin est rempli de pustules blanchâtres aplaties « *tuberculated condylomatous.* »

A la paroi postérieure du pharynx, on aperçoit des granulations recouvertes d'une couche légère de mucus purulent. La déglutition est difficile et douloureuse ; l'appétit est nul ; la voix est couverte ; mais il n'y a pas aphonie ; douleurs dans les articulations des genoux ; oppression ; sensation d'un poids pesant sur le cœur ; palpitation ; transpiration abondante pendant la nuit qui produit un soulagement considérable.

Amaigrissement considérable depuis que la malade a quitté l'hôpital ; le pouls est à 120, petit et faible ; gencives molles.

L'enfant est mort il y a six semaines, à la suite d'une diarrhée prolongée.

Le pharynx est touché avec le nitrate acide de mercure. La malade est de nouveau soumise à l'hydriodate de potasse avec la décoction concentrée de salsepareille.

A l'aide de ce traitement et d'un régime constant, la convalescence fut lente, mais régulière. Il y eut desquammation de la peau ; l'embonpoint revint rapidement, et la gorge fut complétement guérie le 24 février lorsqu'elle fut renvoyée.

La malade eut encore une récidive du mal de gorge pour laquelle elle vint se faire traiter à l'hôpital.

Ulcère au sein ; éruption écailleuse ; ulcère rongeant des amygdales.

Obs. III. — La femme Henry Finn, 36 ans, de mœurs irréprochables, mariée et mère de quatre enfants, entrée le 14 mars 1845, fut chargée comme nourrice, il y a un an, d'un enfant de six semaines paraissant parfaitement bien portant. Au bout d'un mois une éruption ayant paru sur le corps de l'enfant, elle réclama de suite les soins d'un médecin. Mon ami le docteur Isdall fut consulté, et soupçonnant une affection syphilitique, il prescrivit les antisyphilitiques et recommanda à cette femme de renoncer à son nourrisson. Cependant elle ne tint aucun compte de cet avis, et croyant s'apercevoir que l'état de l'enfant s'améliorait sous l'influence du traitement qu'elle suivait, elle continua à l'allaiter (l'éruption avait presque disparu alors) jusqu'il y a six semaines sans en éprouver le moindre inconvénient, bien que l'éruption ait reparu à plusieurs reprises. A cette époque, elle remarqua quelques pustules sur la langue et le palais de son enfant et une salivation abondante ; peu après ses lèvres se gercèrent. Ne l'ayant pas amené avec elle, l'enfant n'a pas été examiné.

A chaque sein, elle porte un petit ulcère. Celui du côté droit est immédiatement au-dessus du mamelon, et offre le diamètre d'un pois. Celui du côté gauche est un peu moins étendu ; il se trouve sur le mamelon même, à sa partie supérieure. Ces ulcères fournissaient un peu de pus, mais ne jettent plus dans ce moment. Elle a pris pour seul traitement et dans la dernière quinzaine 4 pilules (supposées mercurielles).

C'est à peu près à cette époque qu'il s'est déclaré une éruption d'abord à la partie postérieure des avant-bras, aux poignets, puis successivement au cou et au front; elle est de nature écailleuse et bien caractérisée. Mal de gorge ; déglutition difficile. La voûte palatine (*uvula*) et les amygdales sont très-enflammées. La paroi postérieure du pharynx présente une apparence morbide. (1 grain proto-iodite de mercure avec un demi-grain d'extrait de ciguë en pilules, trois fois par jour.)

Le 19 mars. L'inflammation de la gorge a presque cédé ; la déglutition est devenue facile ; la paroi postérieure du pharynx plus pâle que dans l'état normal. Les ulcères ont pris un bon aspect ; la bouche est guérie.

Le 21. Les ulcères du sein ont beaucoup diminué d'étendue ; commencement de desquammation de la peau.

Le 24. Ulcères presque guéris. L'éruption disparaît. La bouche malade par l'effet du mercure. (Supprimé les pilules ; gargarisme aluminé ; un bain tiède.)

Le 26. Rentrée à l'hôpital pour mal à la gorge. A la partie postérieure de l'amygdale du côté droit, il existe un ulcère (*uvula* et *velum*) très-relâché, mais pas enflammé. La voix est très-altérée. Elle parle très-bas. L'éruption a reparu sur quelques points du bras. (5 grains d'iodite de potassium dans la décoction concentrée de salsepareille, trois fois par jour ; pédiluve.)

Sous l'influence de ce traitement, la convalescence se fit régulièrement, et la malade est renvoyée le 30 mars.

Le 7 avril. *Exeat.*

Le troisième et dernier cas que je vais citer diffère des deux précédents en ce que la malade fut employée seulement comme domestique. Son âge, d'ailleurs, ne lui permettait plus d'être nourrice.

Écorchure par laquelle le virus paraît avoir pénétré dans l'organisme; éruption de nature douteuse et suspecte.

Obs. IV. — Élisa Walsh, 60 ans, de mœurs sobres, veuve depuis sept ans, mère de neuf enfants, entrée le 25 avril 1845.

Il y a trois mois qu'elle a en sevrage un enfant de mauvaise

santé qui avait mal autour des «*nates*» et de la bouche. La bouche était d'une couleur brunâtre et laissait échapper une abondante salive. Un jour, elle fut égratignée au cou, sans pouvoir dire si ce fut par une épingle ou les ongles de l'enfant. Étant dans l'habitude de faire reposer la face de l'enfant sur cette partie afin de l'endormir, elle suppose que c'est par le contact de sa bouche avec l'égratignure que l'infection lui a été communiquée. On voit régner le long du bord inférieur de la clavicule droite une écorchure d'environ un demi-pouce d'étendue, entourée d'une rougeur érysipélateuse qui se perd insensiblement dans les tissus voisins. Le cou et les bras sont recouverts d'une éruption dont on ne peut définir le caractère, attendu qu'elle est en voie de desquammation. Elle souffre maintenant des effets d'une abondante salivation produite par des pilules qui lui ont été prescrites au dispensaire. (Gargarisme aluminé.)

Les dents étant ébranlées et la mastication impossible, on lui donne pour nourriture de la bouillie.

Le 30 avril. Salivation moins abondante. L'éruption continue de s'effacer. (5 grains d'iodure de potassium dans une décoction de salsepareille, trois fois le jour.)

Le 2 mai. « *Fœtor* » mercurielle presque insupportable. (Gargarisme avec le chloride de chaux.)

Le 5. « *Fœtor* » beaucoup diminuée ; salivation moins abondante. L'éruption disparaît.

Le 12. Bouche parfaitement bien, la salivation ayant cessé. La desquammation continue. La malade se sent sous tous les rapports beaucoup mieux. (On cesse le gargarisme et on continue l'iodide de potassium.)

Le 19. Éruption presque entièrement disparue, à l'exception de quelques points seulement, qui ont paru sur le bras gauche la semaine dernière.

Rien de remarquable jusqu'au 4 août, où la malade fut renvoyée guérie.

J'arrive à des faits plus importants. En voici un qui m'a été communiqué par M. Rayer.

Obs. V. — Au commencement de cette année, un médecin de Paris adressa à M. Rayer une jeune femme atteinte d'accidents secondaires de la syphilis, à savoir : d'une éruption de taches cuivreuses, situées spécialement sur le tronc, sur le front et dans les cheveux, de tubercules plats au pourtour des mamelons des seins, au nombre de deux sur chacun, de ganglions lymphatiques engorgés sous les aisselles et à la nuque, et enfin d'une ulcération au voile du palais.

D'après les renseignements donnés à M. Rayer, cette jeune femme, d'une bonne conduite et mariée à un honnête artisan, était accouchée plusieurs mois auparavant d'un enfant bien portant, étant elle-même en très-bonne santé.

Quelques semaines après ses couches, elle avait perdu son enfant en quelques jours, et d'une maladie aiguë ; elle se serait alors chargée d'un nourrisson qui avait des boutons aux fesses et aux bourses, des écorchures aux commissures des lèvres, et un écoulement puriforme entre les paupières. Une huitaine de jours après avoir commencé ce nouvel allaitement, il survint aux deux mamelons de cette femme des boutons suivis d'ulcérations qui rendirent l'allaitement difficile ; les glandes de l'aisselle s'engorgèrent, mais le nourrisson (dont l'éruption et l'ophthalmie avaient persisté) ne tarda pas à succomber. Les ulcérations des seins finirent par guérir au bout d'un mois environ par le seul emploi de lotions adoucissantes. Mais un mois et demi plus tard, une éruption survint à la la peau, de petites plaques en forme de tubercules se montrèrent aux mamelons, et, ainsi que nous l'avons dit, une ulcération se déclara dans la gorge : traitée par la tisane de Feltz et les pilules de Sédillot, à la dose de 2, puis de 3 par jour, l'éruption syphilitique et l'ulcération de la gorge avaient entièrement disparu au bout d'un mois de ce traitement. Il fut encore continué pendant quelque temps pour consolider la guérison.

Dans ce cas, la probabilité de la transmission de la syphilis du nourrisson à la nourrice est grande, le médecin a affirmé que cette femme et son mari étaient bien portants à l'époque où cette femme est accouchée ; que l'enfant qu'elle avait mis au monde était sain et exempt d'éruption ; que le nourrisson qu'elle a pris avait une éruption de pustules aux fesses et une ophthalmie purulente ; que des ulcérations se sont d'abord déclarées aux mamelons ; que les ganglions lymphatiques des aisselles se sont ensuite engorgés ; que ceux des aînes étaient parfaitement sains ; que l'éruption syphilitique et l'ulcération de la gorge se sont déclarés un mois et demi environ après les excoriations du mamelon. Ce sont là, je le répète, de grandes probabilités ; mais dans le cas où cette femme aurait intenté une action en dommages et intérêts au père du nourrisson, le médecin légiste consulté aurait dû certainement se demander si cette femme n'avait pas pu contracter la syphilis par les parties génitales avant ou après l'accouchement ; une déclaration attestant la moralité du mari n'eût pas suffi ; il eût fallu l'examiner et rechercher s'il n'existait pas de cicatrices suspectes aux organes de la généra-

ration ou aux aînes ; il eût été indispensable surtout de faire un examen tout particulier des parties génitales de cette pauvre femme. Toutefois, nous le répétons, la maladie du nourrisson et la marche de la maladie chez la femme (en supposant exacts les renseignements transmis à cet égard) rendent très-probable, dans ce cas, la transmission de la syphilis du nourrisson à la nourrice.

Voici un autre fait que j'ai observé dans le service de M. Rayer. C'est un cas de syphilis recueilli chez une femme qui a allaité un enfant suspect ; mais les preuves de la transmission de la maladie par le nourrisson ne sont pas très-évidentes.

Obs. VI. — Une femme âgée de 28 ans, mariée, entra dans le service de M. Rayer à l'hôpital de la Charité, le 29 janvier 1848. Habituellement bien portante et mariée depuis plusieurs années, elle affirma qu'elle et son mari n'avaient jamais eu aux parties génitales ni boutons ni écoulement.

Il y a onze mois, elle accoucha de deux jumeaux, dont une fille qui a vécu quatre jours, et un garçon qu'elle a nourri pendant sept mois. A cette dernière époque elle prit un nourrisson (nouveau-né) qu'elle allaita concurremment avec son enfant. Le nourrisson paraissait sain lorsqu'elle s'en chargea ; mais quinze jours après, elle s'aperçut qu'il avait à sa lèvre supérieure et aux deux commissures labiales, des gerçures, des boutons qui suintaient, puis il en survint sur toute la figure de cet enfant ; les yeux pleuraient, les paupières étaient collées et il s'écoulait du nez une humeur roussâtre ; il y avait des croûtes aux orifices des fosses nasales ; puis il s'en forma aux fesses et aux jambes. Il sortait de ces boutons et de ces croûtes, disait cette femme, *du sang gâté.*

Elle nourrit cet enfant pendant sept semaines ; il mourut en octobre 1847. Pendant les sept semaines elle avait continué de se bien porter.

Quinze jours après la mort de son nourrisson, cette femme s'aperçut qu'il lui était venu de petites élevures rouges autour du mamelon ; ces élevures s'excorièrent et fournirent une matière sanguinolente ; en deux ou trois jours les mamelons se gercèrent et elle fut obligée de cesser de nourrir son propre enfant, qui lui *parut souffrir de la gorge*, avalant difficilement, mais n'offrant ni boutons ni taches sur le corps.

Huit jours environ après l'apparition des élevures au pourtour du mamelon, les ganglions des aisselles s'engorgèrent, devinrent très-douloureux et rendirent impossibles les mouvements des bras : en même temps il parut sur tout le corps comme une

éruption de rougeole, pui disparut en trois ou quatre jours, pour être remplacée par celle qui existait encore au moment de l'entrée à l'hôpital, et qui offrait les caractères de la syphilide squammeuse (psoriasis syphilitique). Cette éruption, d'abord limitée au cou, aux épaules et la poitrine, a, plus tard, gagné le cuir chevelu ; les cheveux ont commencé à tomber et les ganglions cervicaux se sont tuméfiés.

Il n'y a jamais eu d'engorgement des ganglions lymphatiques des aînes.

Lors de l'entrée à l'hôpital, les plaques syphilitiques étaient très-nombreuses sur le dos, et il existait plusieurs ulcérations syphilitiques au fond de la bouche.

Cette femme fut mise à l'usage des pilules de Sédillot et de la tisane de Feltz. Le 12 mars, les ulcérations de la bouche étaient guéries, les ganglions de la bouche détuméfiés ; l'éruption ne consistait plus qu'en taches légères, semblables à celles qui survivent assez longtemps à la guérison du psoriasis syphilitique.

Cette femme passait, auprès du médecin qui lui avait donné les premiers soins, pour avoir des mœurs irréprochables, et il ne s'élevait aucun doute sur la transmission de la syphilis par le nourrisson. Toutefois M. Rayer pensa qu'il était indispensable d'examiner avec soin les parties génitales de cette femme, mais elle se refusa, malgré les instances, à cet examen, auquel elle attachait une sorte de honte. On n'a pu examiner ni l'enfant, ni le nourrisson qui avaient succombé, ni le mari, qui n'habitait point Paris ; de sorte qu'en résumé ce cas est un des nombreux exemples de syphilis secondaire après *allaitement d'un enfant suspect,* mais sans preuve bien positive de syphilis chez l'enfant, et par conséquent de transmission évidente à l'exclusion de tout autre mode d'infection de la nourrice.

Voici un autre fait qui m'appartient et qui est des plus intéressants.

Obs. VII. — Il y a quelques jours j'ai vu un enfant de deux mois et demi, nourri par sa mère ; il avait de nombreuses ulcérations, peu profondes, à fond rouge, de grandeur variable, autour de la verge et de l'anus ; ces ulcérations étaient semblables à celles qui résultent des excoriations du derme par suite de la malpropreté. — L'enfant n'avait rien sur le corps et dans la bouche ; il était d'ailleurs très chétif, et sa mère résolut de le confier à une nourrice de la campagne.

Celle-ci, âgée de 25 ans, mère de quatre enfants, le dernier venu ayant un an, n'avait jamais eu d'affections cutanées ; — elle vivait sagement à la campagne avec son mari, homme de

bonne conduite, fort simple, et en qui elle a toute confiance.

Quinze jours après avoir reçu ce nourrisson, à l'occasion d'une morsure au sein gauche par son propre enfant, le bout du sein devint malade et s'ulcéra. Plus tard vinrent des boutons sur le corps et à l'extérieur des parties génitales.

Son enfant, qui a continué de têter, a également des boutons aux cuisses et autour de l'anus.

Épouvantée de ces accidents survenus après la venue du nourrisson malade qui lui avait été laissé, craignant qu'il n'en fût la cause, et fatiguée de ne pas le voir profiter comme ses enfants propres, elle le rendit à ses parents au bout de deux mois.

Elle s'occupa ensuite de se faire guérir, car elle avait des plaques muqueuses au fond de la gorge, des syphilides papuleuses sur tout le corps, des plaques muqueuses aux parties génitales externes — et avec tout cela une ulcération énorme qui a dépouillé de son épiderme tout le mammelon gauche. — J'ai examiné le mari qui n'avait rien au corps et aux parties génitales, qui n'avait aucune cicatrice ancienne, et qui assurait n'avoir jamais contracté le mal vénérien, tout en ayant conservé ses relations avec sa femme.

Quoi qu'il en soit, je prescrivis un traitement antisyphilitique à suivre pendant deux mois. Les pilules de Sédillot, deux par jour, en formaient la base, et la malade guérit.

Ici la nourrice est infectée, cela ne fait aucun doute ; mais ce qu'il faut déterminer, c'est l'origine du mal. Le mari ne saurait en être responsable, trop heureux pour lui d'avoir traversé le danger sans en éprouver de mal. La femme, il est vrai, pouvait bien avoir été punie par la syphilis d'une faute qu'elle aurait commise ; mais cela ne m'a pas paru probable d'après ses réponses. — Elle a nié le fait, ce qui ne prouve rien, je le sais, mais comme elle ne demandait pas d'argent pour le dommage à elle survenu, comme elle ne semblait pas avoir peur de son mari qu'elle paraissait dominer, circonstances qui auraient pu l'engager à dissimuler la cause de son mal, il y a donc lieu d'ajouter foi à ses réponses ; de plus, je l'ai interrogée seule, et elle m'a répondu en termes tels qu'il n'y avait pas plus de honte à avouer une faute si elle avait pu la commettre. Elle ne m'a paru rien déguiser. Au contraire, un enfant malade et justement suspect arrive ; bientôt après, elle et son enfant tombent malades, présentent des signes incontestables de syphilis secondaire, et elle rapporte son mal au contact de l'enfant étranger. Il est infiniment probable que cette femme a raison, du moins je pense comme elle à cet égard ; mais entre cette probabilité, si grande

qu'elle soit, et une certitude absolue, il y a encore une immense différence que d'autres faits pourront seuls rapprocher.

Tels sont les faits que l'on peut invoquer en faveur de la transmission de la syphilis des enfants nouveau-nés à leur nourrice. Ils n'ont certainement pas tous la même valeur ni le même degré d'importance ; ils ne peuvent tous servir également bien à la solution de la question. Il faut pour cela les diviser et les classer selon leur valeur.

Quelques-uns, comme ceux de Cullerier et Bouchacourt, offrent un caractère de certitude qui ne permet pas le doute sur l'origine de la contagion : ce sont les plus importants ; d'autres, au contraire, analogues au dernier exemple que j'ai rapporté, et parmi lesquels nous trouvons ceux de Bertin et de M. Rayer, ne donnent que les plus grandes probabilités en faveur de la contagion par l'enfant, mais ne la démontrent pas d'une manière aussi rigoureuse. Un grand nombre, enfin, manquent des plus précieux détails, ne représentent plus qu'une opinion dénuée de preuves, et ne sauraient être admis.

C'est en laissant de côté cette dernière catégorie de faits pour ne plus consulter que les deux autres, où se trouvent placés les faits les plus certains et les plus probables que nous croyons devoir conclure en disant :

La syphilis peut se transmettre du nourrisson à la nourrice.

XII. GÉNÉRALITÉS.

20. *Mémoire sur la coïncidence des diathèses tuberculeuse et cancéreuse, avec manifestations scrofuleuses* ; par M. le docteur A. Legrand, chevalier de la Légion d'honneur, médecin du bureau de bienfaisance, etc.

(Revue médicale, avril 1850.)

M. H. Lebert (1) et moi (2), chacun dans un mémoire que l'Académie nationale de médecine a daigné distinguer, nous plaçant cependant l'un et l'autre à un point de vue un peu différent ; M. H. Lebert et moi, dis-je, avons établi, M. Lebert : qu'il existe des symptômes purement scrofuleux ; que les *symptômes dits scrofuleux* ne sont quelquefois, souvent même, qu'un

(1) *Traité pratique des maladies scrofuleuses, ouvrage couronné par l'Académie nationale de médecine.*—Un vol. in-8° ; Paris, 1849.

(2) *De l'analogie et des différences entre les tubercules et scrofules, Mémoire honorablement mentionné dans le même concours* que le précédent, et inséré en entier dans plusieurs livraisons de la *Revue médicale* de l'année 1848.

véritable phénomène tuberculeux; qu'on peut rencontrer chez le même individu des *tubercules* dans l'économie et des *symptômes développés sous l'influence du principe scrofuleux;* — moi : que ces mêmes manifestations scrofuleuses sont tantôt *essentielles*, ou *tout à fait scrofuleuses;* souvent *symptomatiques* ou développées sous l'influence d'une affection tuberculeuse plus profonde ; ou bien enfin *absolument tuberculeuses*, et concomitantes de ces mêmes affections tuberculeuses internes.

Pour mon compte, je crois avoir parfaitement démontré que ces dernières maladies sont purement tuberculeuses, et la manifestation extérieure n'a plus guère qu'un intérêt purement scientifique. Mais, et je crois l'avoir établi aussi d'une façon incontestable, il peut arriver et il arrive trop souvent que les glandes du cou s'engorgent et s'ulcèrent ; que les articulations du genou, du coude, des doigts deviennent le siége d'arthropathies sous l'influence d'un principe tuberculeux, dont la personnification matérielle (*le globule tuberculeux*) ne se retrouve que dans les organes intérieurs (1), sans que pour cela cette même personnification existe ni dans la glande engorgée, ulcérée et suppurant, ni dans l'articulation malade à quelque degré qu'elle le soit. Et si je n'ai pas mentionné en dernier lieu la carie, qui se manifeste si souvent dans la continuité des os, c'est que ce symptôme est le plus souvent scrofuleux ; c'est qu'il se lie plus rarement à la coexistence de tubercules dans les organes intérieurs.

Voici donc à mes yeux un point bien établi, c'est l'existence de maladies en apparence scrofuleuses, et qui au fond sont tuberculeuses, ou bien, comme le veut M. Lebert, c'est la coexistence chez un même individu de tubercules et de scrofules. Eh bien! ce n'est pas tout encore, il peut arriver chez certains individus tristement privilégiés, voués en naissant à une mort certaine et douloureuse, destinés à prouver au médecin son impuissance absolue ; il peut arriver, dis-je, qu'un même individu soit en même temps *tuberculeux, cancéreux* et aussi (mais en apparence) *scrofuleux*. J'ai eu l'occasion de rencontrer plusieurs cas de ce genre dans mes lectures, et d'en observer un dans les hôpitaux. C'est par un des premiers faits que j'entrerai tout à fait en matière.

(1) Je crois que c'est à M. H. Lebert que revient l'honneur d'avoir démontré le premier, dans sa *Physiologie pathologique*. t. I, p. 492, que les maladies tuberculeuses ont leur personnification pathologique dans le *globule tuberculeux*, qu'on ne retrouve pas dans les maladies purement scrofuleuses.

Engorgements nombreux des glandes du cou. — Glande maxillaire droite squirrheuse. — Tumeur cancéreuse dans le médiastin antérieur.

Obs. I. — « Gérard (Lambert), âgé de 30 ans, d'un tempérament lympathique, d'une constitution assez forte et qui a été atteint de scrofules dans le jeune âge, fut admis à l'hospice de la Clinique, le 22 mars 1820. Trois mois avant son admission, il avait été très-mouillé par la pluie et s'était refroidi. La transpiration fut supprimée. Dès lors, de la toux, de l'oppression, une expectoration abondante et engorgement des glandes sous-maxillaires.

« On observa chez ce malade les signes et les symptômes suivants : Face bouffie, mais point vultueuse ; lèvres pâles, pommettes très-peu colorées ; glandes sous-maxillaires et glandes du cou fort tuméfiées, dures au toucher et indolores ; petites tumeurs au sommet de la tête ; mobiles sous les doigts ; thorax un peu bombé ; empâtement du côté gauche ; coucher facile sur ce même côté, pénible sur le côté droit ; le matin, peau naturelle ; le soir, chaleur sensible ; douleurs dans les os scapulaires ; tout le long du dos, entre les deux épaules, dans les os de l'avant-bras et dans ceux de la jambe du côté gauche, ces douleurs sont lourdes ; elles augmentent par les temps pluvieux. Mouvements du cœur inperceptibles ; pouls petit, faible, plus fréquent le soir ; respiration courte, gênée ; essouflement en montant un escalier ; sommeil léger ; rêves fatigants ; toux rare ; crachats muqueux et écumeux. La percussion, quoique légère, cause de la douleur à la partie moyenne et supérieure du sternum, ainsi que sur les côtés et à droite. La bouche est pâteuse, la langue est pâle et humide ; l'appétit est assez bon ; la soif est modérée ; les déjections alvines naturelles et faciles. L'épigastre et l'hypocondre gauche sont très douloureux. Les testicules sont engorgés et durs. Il y a des sueurs pendant la nuit.

« Bientôt tous ces symptômes s'exaspèrent ; les pieds et le bas des jambes deviennent œdémateux ; la diarrhée survient avec coliques et ténesmes, et ensuite elle devient colliquative, quoique les coliques aient cessé, et s'accompagne d'une fièvre continue ; le malade expire enfin le 22 mai 1820.

« *A l'autopsie :* on trouva *le poumon droit* sain et crépitant ; un peu de sérosité dans la cavité gauche de la poitrine. Une tumeur de forme triangulaire, ayant sa base en haut et son sommet en bas, occupait la partie supérieure du *médiastin* ; elle avait environ 0^m, 11 de haut en bas, autant en largeur et 0^m, 07 d'épaisseur. Antérieurement elle adhérait au sternum, postérieure-

ment au péricarde et à l'origine des gros vaisseaux, dont on ne pouvait la séparer. *De sa partie supérieure partait une traînée de glandes engorgées qui se portaient le long de la partie antérieure du cou, et se terminaient à la glande maxillaire droite, qui était carcinomateuse.* Toute la tumeur intérieure était de même carcinomateuse, molle à sa partie moyenne, dure sur les côtés. L'intérieur de la tumeur était noirâtre ; on y voyait distinctement plusieurs tubercules assez gros, dont quelques-uns faisaient saillie à l'intérieur et y formaient des bosselures. L'intérieur de la tumeur était blanchâtre, dur et squirrheux. Les testicules étaient squirrheux. »

Cette observation d'un des anciens doyens de la Faculté de médecine de Paris (1), d'un des plus sages observateurs que nous ayons connus, nous offre ce grand intérêt d'une maladie intérieure, presque impossible à diagnostiquer, révélant son existence à l'observateur (prévenu toutefois par des faits antérieurs analogues et bien observés), par des phénomènes extérieurs sympathiques et symptomatiques. En effet, par la même raison que l'existence d'engorgements tuberculeux des glandes du cou vous permet de diagnostiquer d'une façon presque certaine l'existence de tubercules dans les poumons, de même la connaissance parfaite (qu'il est facile d'obtenir aujourd'hui) de la nature carcinomateuse de la glande sous-maxillaire eût éclairé le médecin sur la nature de la tumeur existante dans le médiastin, si son existence eût été révélée par la percussion. Quant à l'engorgement des autres glandes, véritable manifestation scrofuleuse, et qui pouvait induire en erreur sur la nature de la maladie, il était évidemment sympathique.

L'absence de recherches microscopiques, qui étaient fort négligées à l'époque où écrivait Leroux, pourrait faire craindre quelque erreur sur le diagnostic porté sur les deux tumeurs. Mais cette crainte sera dissipée si on veut réfléchir que les notions rigoureuses qu'on a aujourd'hui sur la distribution des tubercules dans notre économie, ne permet pas de douter que si les engorgements du cou, si la tumeur renfermée dans le médiastin eussent été tuberculeuses, on n'eût trouvé des tubercules dans les poumons, et puisque Leroux ne dit pas qu'il y en eût, on peut conclure certainement qu'il n'y en avait pas.

Engorgement considérable de la glande parotide, qui est cancéreuse. — Tubercules dans les poumons.

Obs. II.—Je fus consulté, dans les premiers jours d'avril 1848,

(1) *Cours de médecine pratique* de J. J. Leroux, t. VII, p. 122.

par le nommé Hazard, né en Picardie et par conséquent mon compatriote. Il portait au cou un engorgement si considérable, avec une détérioration si manifeste de la santé générale, que je ne crus pas pouvoir essayer chez lui d'aucune médication spéciale. Sur mon refus de le traiter, il entra à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Côme, n° 18) dans le service de M. Philippe Boyer, et y succomba le 24 juillet suivant.

Voici l'histoire de ce malade telle qu'elle a été tracée par M. Legendre, élève des hôpitaux, attaché alors au service de M. Philippe Boyer.

« H..., d'une constitution lymphatique, a commencé (il y a trois mois et demi) à ressentir des douleurs assez vives dans la joue gauche au-dessous de l'oreille. Ces douleurs sont bientôt devenues lancinantes et si aiguës, que le malade ne pouvait plus remuer la mâchoire. Dans le même moment on a vu pointer, au-dessous du lobule de l'oreille gauche, une tumeur qui eut bientôt acquis le volume d'une noisette et est devenue si sensible qu'on ne pouvait plus même la toucher sans exciter les plus vives plaintes. Quoique cette tumeur s'accrût lentement, elle avait déjà acquis dès le mois de février (1848) un volume assez considérable pour gêner les mouvements de la mâchoire inférieure et la dévier d'abord à droite, mais bientôt assez pour produire une demi luxation qui a fini par empêcher les dents de correspondre, et a produit entre les deux mâchoires, quand la bouche est fermée, un écartement marqué. C'est à cette même époque que H.... rapporte le commencement de la paralysie, qui occupe aujourd hui tout le côté gauche de la face. »

« Quant aux causes de cette affection, elles sont évidemment fort obscures : ainsi le malade déclare n'avoir jamais eu d'engorgements ganglionnaires au cou. Depuis deux ans, il est atteint d'une blennorrhée, passée aujourd'hui à l'état chronique, mais qui s'est alternativement portée, il y a un an, sur les testicules, de sorte qu'il a maintenant un orchite à gauche, qui a succédé à l'inflammation du testicule droit.

« Aujourd'hui, la tumeur a acquis au moins le volume du poing ; elle s'étend inférieurement depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au niveau du cartilage de la conque de l'oreille. En déprimant le conduit auditif, elle a rendu l'ouïe dure ; en s'étendant en arrière, elle recouvre en partie l'insertion du sterno-mastoïdien sur l'apophyse mastoïde, et déborde un peu le masséter en avant ; sa base a au moins neuf centimètres de circonférence, mais on ne saurait apprécier à quelle profondeur elle s'étend, car on ne trouve aucune saillie dans l'intérieur de la bouche.

Cette tumeur est complétement immobile, en général dure, élastique, avec une fausse apparence de fluctuation en quelques points ; la peau qui la recouvre lui est adhérente, un peu rouge et couverte de ramifications vasculaires fines. Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas engorgés, et dans la région cervicale du côté malade on n'en trouve qu'un seul du volume d'une noisette. »

Nous croyons inutile de suivre ici le rédacteur de cette observation dans la relation de quelques tentatives de traitement médical et chirurgical faites par le chef de service, avec toute la prudence et la sagesse qu'exigeait la nature de cette tumeur, dont une portion enlevée permit de reconnaître à l'œil nu la nature encéphaloïde, en même temps que l'examen microscopique y révélait l'existence de tous les éléments de ce genre de produit pathologique. Soit simple coïncidence, soit mauvais effet du traitement chirurgical, toujours est-il que du moment où l'on eut touché à cette tumeur, d'abord avec l'instrument tranchant, puis avec le caustique de Vienne et la pâte de chlorure de zinc, elle augmenta rapidement de volume et acquit bientôt le volume de la tête d'un fœtus à terme. En même temps, une suppuration abondante et fétide, des hémorrhagies en nappe (analogues à celle qui avait suivi la première ablation partielle qu'on avait tentée à l'aide du bistouri, et qui avait exigé l'application du cautère actuel), en épuisant le malade, le réduisirent d'abord au marasme et le firent enfin succomber.

L'autopsie fut faite par M. Legendre et en ma présence. La tumeur fut mesurée, et on lui trouva dix-neuf centimètres en hauteur sur quatorze de largeur ; sa structure est, ainsi que je l'ai déjà dit, celle des tumeurs encéphaloïdes. On ne trouve plus aucune trace de la *glande parotide*, et la tumeur remplissait toute l'excavation parotidienne. Le *maxillaire inférieur* et *l'apophyse mastoïde* étaient un peu nécrosés. *Les ganglions cervicaux* et *sous-maxillaires* ne sont pas augmentés de volume.

Le poumon droit est sain, mais on trouve au sommet du *poumon gauche* des concrétions de nature évidemment tuberculeuses, dont l'ancienneté est révélée par l'état crétacé de plusieurs d'entre elles.

Les autres organes sont sains.

Avant d'aller plus loin, ne négligeons pas de dire que la dégénérescence cancéreuse des glandes est chose encore assez rare, aussi nous n'en trouvons qu'un exemple dans Morgagny (1). Il s'agit d'un homme de 50 ans (*Lettre XXVIIIe alin.* 9), qui com-

(1) *Joan. Bapt. Morgagni, Opera omnia ; Patavii*, 1765.

mença à se plaindre d'avoir la déglutition embarrassée. Cet embarras augmenta et s'accompagna bientôt de douleur. Une portion des aliments s'arrêta dans la gorge et remonta dans la bouche, et cependant on ne sentait à l'intérieur qu'un endurcissement de la glande maxillaire interne gauche ; enfin il mourut subitement comme suffoqué.

A l'autopsie, on reconnut que la glande qui vient d'être nommée était dure, et présentait à son côté interne une matière semblable à de l'albumine. On rencontrait en outre dans le *larynx* et au sommet du *pharynx*, plusieurs tumeurs qui étaient de la nature du carcinome.

L'observation empruntée à Morgagny ne nous offre qu'un exemple de dégénérescence cancéreuse sans autre complication, car s'il en eût existé, on est certain qu'il n'eût pas manqué, vu sa manière habituelle, de la découvrir et de la faire connaître. Tandis que l'observation que nous avons recueillie prouve la possibilité de la coexistence chez un même individu du cancer et des tubercules. M. H Lebert nous apprend (*Loc. cit.*, t. I, p. 492) qu'on a prétendu que ces deux dyscrasies s'excluaient, en même temps qu'il déclare que cette opinion est erronée, il le démontre par les faits suivants :

« 1° Un enfant de 4 ans, atteint de tubercules cérébraux et pulmonaires, montrait des tumeurs encéphaloïdes dans le rein droit.

« 2° Une femme de 60 ans avait des tumeurs squirrheuses dans les glandes mammaires, dans le foie et dans les poumons. En même temps, elle avait des tubercules ramollis au sommet du poumon gauche, tubercules dont les éléments microscopiques étaient faciles à reconnaître.

« 3° Les poumons d'une femme de 62 ans renfermaient des tubercules à divers degrés, et même plusieurs cavernes dans le lobe supérieur du poumon droit. Dans le péritoine existaient des masses encéphaloïdes considérables, en même temps que de nombreux tubercules... Le microscope fit facilement distinguer les globules du tubercule de ceux de l'encéphaloïde, et il prouva à l'évidence leur coïncidence.

« 4° Une femme de 55 ans avait succombé à une cachexie cancéreuse. A l'autopsie, nous trouvâmes, outre les tumeurs squirrheuses des seins, une tumeur cancéreuse considérable dans le médiastin antérieur, tumeur qui était adhérente aux deux poumons, dans le sommet desquels se trouvait une infiltration générale de matière tuberculeuse. »

M. Lebert n'est cependant pas le premier qui ait signalé la

possibilité de cette coïncidence du cancer et de tubercules pulmonaires, et nous allons relater ici une série d'observations puisées dans le *Cours de médecine pratique de* J.-J. Leroux, et qui prouveront qu'elle est assez fréquente, pour qu'on s'étonne qu'on soit tombé dans l'erreur relevée par M. Lebert.

Phthisie tuberculeuse ; squirrhe non ulcéré de l'estomac.

Obs. III. — La femme Clavelle, expirée le 25 juillet 1810, à l'hospice de la Clinique, où elle avait été admise le 7 août 1809. Pendant les deux années que dura sa maladie, qui avait débuté par une hématémèse, la femme Clavelle offrit les symptômes combinés d'un squirrhe de l'estomac et d'une affection tuberculeuse des poumons.

A l'autopsie : « *Le poumon droit* adhérait intimement aux côtes, vers son sommet, à sa partie postérieure. Il était rempli d'une grande quantité de gros tubercules, dont la plupart étaient en pleine suppuration. *Le poumon gauche* adhérait aussi aux côtes, à sa partie supérieure qui contenait quelques petits tubercules non suppurés, le reste de cet organe était libre et crépitant.

..... « Le *cœur* était un peu plus volumineux que dans l'état ordinaire. L'orifice auriculo-ventriculaire du côté droit était très-dilaté. »

« Dans l'abdomen, la partie supérieure gauche de l'*estomac* adhérait intimement à l'extrémité de la face inférieure du lobe gauche du *foie*. A l'intérieur on trouva une large surface enfoncée, ayant des bords saillants, renversés et squirrheux ; l'aspect en était cancéreux, quoiqu'il n'y eût point d'ichore dessus. Le cancer occupait supérieurement les deux courbures de l'estomac depuis le cardia jusqu'au pylore. La portion qui adhérait au foie semblait ne former qu'un tissu avec lui et le squirrhe se prolongeait un peu dans cet organe. Le reste de la membrane muqueuse de l'estomac était soulevé en plusieurs endroits par un liquide très-ténu qui infiltrait le tissu cellulaire sous-muqueux. Le pylore était un peu rétréci et commençait à devenir squirrheux.

« Tous les autres organes de l'abdomen étaient sains. » *Cours de méd.*, t. II, p. 163.

Tubercules pulmonaires. — Squirrhe de l'estomac et des intestins.

Obs. IV. — Méderic, âgé de 26 ans, meurt à l'hospice de la Charité, le 29 avril 1817, après quatorze mois de maladie. A l'*autopsie* on trouve les deux *poumons* parsemés de tubercules miliaires, déjà en suppuration dans la partie supérieure, encore

dure dans la partie inférieure. Il existe en outre un commencement de squirrhe du *pylore*; les *intestins* sont ulcérés par places, squirrheux dans d'autres endroits. Le *mésentère* est parsemé de petits points rougeâtres et aplatis. Le *foie* est sain. *Cours de méd.*, t. VIII, p. 52.

Tubercules pulmonaires.— Squirrhe du foie.

Obs. V. — Tramoni, âgé de 47 ans, maître de langues, fut pris en février 1815 d'une pleuro-pneumonie et éprouva depuis ce moment des hémoptysies successives. Il entra le 17 août de cette même année à l'hospice de la Clinique et y mourut le 5 juin suivant. — A l'*autopsie* on trouva les *poumons* farcis de divers foyers purulents, mais sans tubercules marqués. La *rate* avait un volume quadruple de son volume ordinaire. Le *foie était squirrheux*, ayant l'aspect graniteux, mais point gras. Les autres viscères étaient sains. *Cours de méd.*, t. VIII, p. 70.

Tubercules pulmonaires. — Tumeur squirrheuse dans le ventre.

Obs. VI. — Pierre, âgé de 26 ans, domestique, homme de couleur, fut atteint, à Torgau, dans la retraite de Moscou, d'une pleuro-pneumonie. Depuis cette époque il eut des hémoptysies répétées, puis il offrit une expectoration d'abord puriforme, puis purulente. Entré le 22 juin 1814 à l'hospice de la Clinique, il y succomba le 11 juillet suivant. — l'*Autopsie* on trouve entre les *plèvres* du côté gauche une collection purulente qui fut évaluée à deux litres. Le *poumon gauche* était très-tuberculeux et suppuré, quelques portions hépatisées. Le *poumon droit* mou, infiltré, se déchirait facilement et contenait des foyers pleins de pus, mais point tuberculeux. Le *foie* était volumineux, mais point gras. *Enfin on trouvait une tumeur squirrheuse dans l'estomac* près du pylore. Les autres viscères étaient sains. *Cours de méd.*, t. VIII, p. 59.

Il peut y avoir des tubercules ailleurs que dans les poumons; dans le foie, par exemple, où l'on en rencontre assez fréquemment, la coexistence signalée peut encore avoir lieu dans cette seconde condition, ainsi que le prouveront les faits suivants.

Tubercules dans le foie. — Squirrhe du pylore.

Obs. VII. — Corrial, 51 ans, tempérament lymphatique, de faible complexion, entra à la Clinique le 23 juin 1797 et y mourut le 25 juillet, après n'avoir accusé d'autres symptômes que ceux d'une affection du foie.

A l'*autopsie*, « on trouva tous les organes contenus dans la poitrine parfaitement sains. Le foie remplissait tout l'hypocondre

droit et la plus grande partie de la cavité gauche de l'abdomen ; il appuyait fortement sur l'estomac auquel nous allons revenir. On enleva cette masse énorme qui pesait six kilogrammes. On l'incisa dans différents sens ; on y rencontra un grand nombre de tubercules de consistance cartilagineuse, quelques-uns étaient déjà suppurés.

« Ce qui surprit fut de trouver à l'extrémité de la petite courbure de l'estomac un squirrhe non ulcéré d'environ cinquante-quatre millimètres de diamètre et de vingt-sept millim. d'épaisseur. Ce squirrhe entourait le pylore et en rétrécissait le passage, au point qu'on ne concevait pas comment le chyme avait pu continuer à le franchir. On concevait encore moins comment il n'y avait point eu de violentes douleurs dans l'estomac, point de vomissements ni de constipation. » *Cours de méd. prat.* de J.-J. Leroux. t. III, p. 90). On trouve à la page 99 de ce même volume une seconde observation en tout semblable à celle-ci, avec cette seule différence, que le cancer était ulcéré, ce qui avait causé une hématemèse.

Ictère chronique. — Foie tuberculeux. — Squirrhe du pancréas.

Obs. VIII. — A la mort de Vitray (Louis), âgé de 55 ans, qui était entré le 25 novembre 1810 pour un ictère, et qui avait eu plusieurs phlegmasies de poitrine, on trouva le poumon droit presque carnifié, le gauche adhérent, mais crépitant. — « Le foie plus petit qu'il n'est ordinairement, contenait des noyaux tuberculeux. Lorsqu'on en coupait des tranches, il en découlait un liquide huileux, trouble et qui paraissait de la bile dégénérée ; le tissu en était dur et d'un brun foncé ; les faces convexes et concaves adhéraient intimement aux parties voisines par des brides qui paraissaient récentes. — Le pancréas avait la tête très-augmentée de volume, endurcie et d'une consistance squirrheuse. » (*Cours de méd. prat.* de J.-J. Leroux, t. III, p. 41.)

On trouve à la page 92 du même ouvrage et du même volume, une observation qui offre avec celle-ci la plus grande analogie.

Tubercules du foie ; squirrhe du pylore, du mésentère ; engorgement du poumon.

Obs. IX. — Lebègue, âgé de cinquante-huit ans, cocher de remise, d'un tempérament bilieux et sanguin et d'une forte constitution, entra à la Clinique le 29 novembre 1809 et y succomba le 1er décembre suivant après avoir offert les symptômes évidents d'une lésion organique du foie et d'autres plus vagues, qui permettaient de soupçonner un squirrhe de l'estomac.

A l'autopsie : Indépendamment de symptômes de pneumonie passive et de pleurite pulmonaire avec épanchement, on trouva, « que le *foie*, environ du double de son volume ordinaire, contenait une grande quantité de tubercules, presque tous de la grosseur d'une noix moyenne. Une partie de ces tubercules faisaient saillie à l'extérieur, et étaient pour la plupart en suppuration ; ceux qui étaient à l'intérieur étaient encore dans l'état de carcinome. La substance du foie intermédiaire à ces tubercules n'était pas altérée.

« *L'estomac*, à l'extrémité de sa petite courbure, portait un squirrhe d'environ 27 millimètres de longueur sur 13 millimètres d'épaisseur, qui faisait saillie à l'intérieur. Sa face interne était ulcérée et se terminait au pylore, qui lui-même n'était nullement altéré. — On trouvait dans plusieurs portions du *mésentère* des tumeurs carcinomateuses de différentes grosseurs.— Les autres organes étaient sains. » (*Cours de méd. prat.* de J.-J. Leroux, t. III, p. 87.)

Squirrhes du colon, avec tubercules dans le foie et péritonite chronique.

Obs. X. — Deshayes (Charles-René), cinquante quatre ans, tempérament bilieux et lymphatique, entra à la Clinique le 29 octobre 1818 pour des coliques qui, après l'avoir tourmenté pendant plus de trente ans, devenaient insupportables.

« En palpant l'abdomen, on reconnut que le foie avait augmenté de volume et qu'il était rénitent ; on excitait de la douleur depuis la région ombilicale jusqu'à l'hypogastre. On découvrit au-dessus de la fosse iliaque gauche une tumeur circonscrite, à peu près du volume d'un œuf de poule, très-dure, et bien plus douloureuse au toucher que le reste du bas-ventre. » Un des symptômes les plus saillants était la forme des matières fécales « tantôt pelotonnées, dures, noirâtres, comme des crottes de chèvre, tantôt filées, à peine grosses comme le bout du petit doigt et longues de quelques centimètres. »

Le 7 janvier 1819, le malade succomba. *A l'autopsie* : on trouva tous les organes sains, à l'exception des lésions suivantes : « Il y avait dans le *péritoine* environ 4 litres d'un liquide épais, de couleur verdâtre, dans lequel nageaient des flocons albumineux. Les diverses portions de cette membrane étaient adhérentes les unes aux autres au moyen de lambeaux membraniformes, de manière que toutes les circonvolutions des intestins étaient unies entre elles et aux parois de l'abdomen. La plus grande partie de la surface externe des *intestins* était rouge et

recouverte de couches albumineuses. *La portion iliaque du colon était squirrheuse* dans toute sa circonférence et dans une longueur de 54 millimètres. Ce squirrhe avait plus de 7 millimètres d'épaisseur, il était dur et lardacé; il ne parut point ulcéré à l'intérieur, mais il avait singulièrement rétréci le calibre de l'intestin.

Le *foie* contenait dans son parenchyme plusieurs tubercules dont le volume variait depuis celui d'une noix moyenne jusqu'à celui d'un œuf de poule. Ils étaient circonscrits; leur tissu était blanchâtre; leur consistance était celle du carcinome : un des plus gros occupait la face inférieure du viscère. — La vésicule du fiel renfermait une petite quantité de bile pâle. » (*Cours de méd. prat.* de J.-J. Leroux, t. III, p. 365.)

Ainsi, on le voit, quoique peut-être non inscrite dans les traités de pathologie, la connaissance de la coexistence chez certains individus des tubercules et du cancer n'était point absolument nouvelle dans la science, mais peut-être était-elle restée inaperçue. Il nous paraît en être de même pour ce fait, que j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer, c'est combien les femmes tuberculeuses sont sujettes aux maladies de l'utérus. Ainsi je me rappelle d'avoir soigné en 1846 une veuve Archer qui fut traitée à l'hospice de la Pitié pour un *engorgement du corps de l'utérus* (métrite chronique) (1) et dont j'avais réussi à beaucoup améliorer l'état (2), quand une toux opiniâtre et continuelle avec fièvre et redoublement la força à entrer à la Charité, où elle succomba après avoir offert tous les symptômes de la phthisie pulmonaire, facilement diagnostiquée et qui fut confirmée par l'autopsie.

J'ai été fortuitement consulté par une dame de la haute société condamnée à un repos absolu et prolongé pendant trois à

(1) Je vais transcrire ici un extrait des notes que j'ai prises sur cette femme, au moment de sa sortie de l'hospice de la Pitié (25 sept. 1846), où on lui avait pratiqué une ample application de sangsues au col de l'utérus. « Je lui ai trouvé cet aspect qu'ont toujours les femmes après des pertes sanguines trop abondantes, avec cette même teinte *paille* que j'avais remarquée chez elle antérieurement. Je l'ai de nouveau touchée, et le volume de l'utérus m'a paru encore augmenté, et j'ai de plus, *cette fois*, excité de la douleur en pratiquant cette opération, comme la première fois, par le vagin et par le rectum. En faisant l'examen avec le spéculum, j'ai fait sortir du corps de l'utérus un peu de sang, ainsi que d'une morsure de sangsue, qui n'était point encore entièrement cicatrisée. J'ai aussi reconnu la trace de plusieurs autres; j'ai aperçu, en outre, quelques granulations sur la surface du col. »

(2) Je serai heureux le jour où je pourrai faire connaître la méthode de traitement que je mets en usage pour ces maladies, car elle m'a généralement donné des résultats fort remarquables et fort heureux. Je puis dire à l'avance qu'elle consiste dans une combinaison de préparations aurifères avec les médicaments stupéfiants.

quatre mois, et envoyée ensuite aux bains de mer, pour une affection de l'utérus, et j'ai reconnu chez elle tous les signes les plus rationnels de l'existence de tubercules dans les poumons, maladie qui existe malheureusement dans sa famille, car sa mère en est morte, et elle a un oncle qui sans doute en mourra.

Les observations suivantes empruntées aussi au *Cours de médecine pratique* viendront parfaitement à l'appui de ce que j'ai avancé dans les lignes qui précèdent. Il y a là du reste un intérêt pratique, car on comprend combien la présence des tubercules dans les poumons, présumée ou prouvée, devra modifier la conduite du médecin appelé à traiter une affection de l'utérus. Ainsi, si les bains de mer peuvent être conseillés contre cette dernière maladie, croit-on en conscience qu'ils soient sans inconvénients dans les cas de tuberculisation pulmonaire?

Tubercules pulmonaires ; squirrhe de l'utérus.

Obs. XI. — La femme Philippe, âgée de trente-neuf ans, domestique, est issue d'un père, mort phthisique. En avril 1814, elle commença à cracher du sang; depuis ce moment, elle eut des hémoptysies successives, jusqu'à l'époque de sa mort arrivée le 31 mai, après un séjour de six semaines à l'hospice de la Clinique. — A l'*autopsie*, on trouva des adhérences du poumon aux plèvres costales.—Le *poumon droit* est rempli de gros tubercules suppurés, le *gauche* est parsemé de tubercules miliaires non suppurés. — L'*estomac* est très-dilaté et un peu ulcéré près du pylore. — La *matrice* est squirrheuse.— Les autres viscères sont sains. (*Cours de méd. prat.*, t. VIII, p. 58.)

Vomique.—Tubercules pulmonaires; cancer de l'utérus.

Obs. XII. — La fille Pellou, âgée de vingt et un ans, entra une première fois à l'hospice de Clinique interne en 1807 ; elle était alors hystérique, ce qui cadrait avec son tempérament éminemment nerveux. Elle y rentra une seconde fois en 1809 pour une pleuropneumonie. « On apprit alors que cette malade avait été menacée dans son enfance d'une luxation spontanée du col du fémur ; que ses menstrues n'avaient jamais été régulières et qu'elles avaient été plusieurs fois supprimées; que Pellou avait souvent des douleurs dans l'abdomen, principalement dans la région hypogastrique ; qu'elle avait eu plusieurs pleuropneumonies. Ses menstrues se transformaient quelquefois en véritables pertes, et constamment elles étaient suivies d'un écoulement en blanc. La malade avait en outre éprouvé des étouffements, des douleurs dans la poitrine, une pesanteur insupportable, une toux sèche

et très-fatigante; elle avait eu à plusieurs reprises, des hémoptysies.

« Pellou avait eu des diarrhées opiniâtres; ses urines étaient parfois extrêmement rares, rouges et bourbeuses. Depuis le mois de mars 1808, il était survenu de la douleur au côté droit du bassin, elle avait augmenté jusqu'au commencement de février 1809, que les règles avaient cessé de couler pour ne plus reparaître. A cette époque, il s'était développé dans la fosse iliaque gauche une tumeur arrondie, dure et douloureuse qui s'était étendue chaque fois, au point qu'à la fin du mois, elle s'élevait à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur était douloureuse dans tout son pourtour; on y sentait de la fluctuation. Au bout d'environ trois mois cette tumeur avait disparu entièrement.

Depuis sa dernière entrée à l'hospice, au milieu d'octobre 1809, tous les symptômes que nous venons de signaler, et qu'accompagnait une fièvre lente, allèrent en s'exaspérant, et la malade, après être arrivée au marasme, s'éteignit le 11 novembre 1809.

A l'*autopsie*, on trouva : « dans le *poumon gauche* un amas de pus considérable qui était blanc, diffluent et presque sans odeur. Une grande portion de l'organe était en suppuration; le lobe supérieur était sain et crépitant. — Le *poumon droit* était intact dans sa partie inférieure; supérieurement, il offrait quelques tubercules suppurés.

« Dans le bassin : le *rectum*, la *matrice* et la *vessie* ne formaient qu'une masse dont toutes les parties étaient adhérentes. Dans cette masse, il y avait deux tubercules de la grosseur d'une moyenne noix.—La *vessie* était rétrécie, ses parois étaient épaissies, mais elle n'était pas ulcérée.—Les parois internes de la *matrice* étaient en général mamelonnées et très-mollasses; la paroi qui regarde le rectum avait une consistance carcinomateuse. Une portion était ulcérée et communiquait avec le rectum. Tous les autres organes étaient sains. » (*Cours de méd. prat.*, tome VII, page 84).

Je vais terminer cette *note* par une dernière observation qui, en même temps qu'elle offrira un nouvel exemple du mélange du cancer avec une affection tuberculeuse des poumons, et en même temps une grande susceptibilité de l'utérus, sera le premier indice des efforts que je fais pour créer une méthode de traitement des maladies tuberculeuses et cancéreuses.

Tubercules pulmonaires ; glande squirrheuse dans le sein gauche ; glande de même nature au milieu des fibres musculaires du deltoïde du même côté : grande irritabilité de l'utérus ; traitement par les préparations aurifères et ferrugineuses.

Obs. XIII. — Je fus appelé le 24 février 1842 auprès de madame D*** de H*** ; cette personne était alors âgée de trente-quatre ans et mariée depuis l'âge de vingt ans. Dans ces quatorze années de mariage, elle avait eu trois enfants et fait deux fausses couches. Son enfance avait été maladive, mais réglée fort jeune (à 12 ans) et immédiatement avec abondance, elle s'était assez bien portée jusqu'à l'époque de son mariage. Devenue grosse presque immédiatement, cette première grossesse fut le point de départ d'un dérangement de sa santé, qui a toujours été en augmentant.

Ainsi elle toussa pendant presque toute la durée de cette première grossesse et cracha du sang à plusieurs reprises. Ces fâcheuses conditions se reproduisirent en s'aggravant aux quatre grossesses suivantes (1). Madame D*** voulut nourrir son premier enfant, ce qu'elle fit pendant six mois environ ; mais le retour de la menstruation, qui fut excessive, tarit son lait et la força à sevrer sa fille. Depuis cette époque, la menstruation continua d'être exagérée au point de pouvoir souvent être comparée à une véritable perte et d'exiger momentanément un repos absolu. On dut même craindre après la seconde fausse couche, arrivée en 1840, cinq ou six mois après la première, une affection grave de l'utérus. M. le docteur R***, consulté à cette dernière époque, condamna la malade pour plusieurs mois au décubitus dorsal, aux bains froids et à l'usage de l'extrait de ciguë. Ces moyens améliorèrent évidemment, mais seulement pour quelque temps, l'état de madame D***, puisqu'elle eut une cinquième grossessse, qu'elle mena à bien et à terme.

C'est à l'époque où elle sevra, six mois après son premier accouchement, que madame D*** s'aperçut pour la première fois qu'elle avait dans le centre du sein gauche, un peu au-dessus du mamelon, une petite glande qui excitait de la douleur quand on la touchait. Cette glande ne tarda point à faire quelques progrès ; mais ce qui fut fort remarquable, ce fut une augmentation à chaque grossesse, si marquée, que chaque fois son volume était doublé.

Lorsque je vis madame D***, ce qui me frappa d'abord, ce

(1) C'est un nouveau fait en faveur de l'opinion que j'ai soutenue dans mon mémoire sur l'*Analogie et les différences entre les scrofules et les tubercules*, à savoir : que *la grossesse favorise généralement le travail morbide de la tuberculisation pulmonaire !*

fut sa maigreur et sa pâleur, et je reconnus facilement chez elle une grande irritabilité nerveuse. La percussion ne me donna aucun résultat, mais l'auscultation me montra au sommet de chaque poumon une respiration très-faible, entrecoupée et accompagnée de quelques râles sifflants. La glande du sein avait au moins le volume d'un œuf de pigeon, oblongue; terminée par deux extrémités renflées, elle offrait une surface rugueuse, bosselée ; elle était fort dure et sensible au toucher. Je découvris en outre, au milieu des fibres musculaires du deltoïde gauche, une autre glande, pour le moins aussi dure que la première, mais grosse au plus comme une petite noisette. Le pouls battait environ quatre-vingts fois par minute; l'appétit était généralement faible et les digestions difficiles, ce qui n'empêchait pas des constipations, qui duraient quelquefois plusieurs jours.

Il y eut peu d'hésitation dans le diagnostic que je portai sur l'état de santé de madame D*** de H*** : pour les poumons, très-grande probabilité de l'existence de tubercules au sommet de chacun (1) ; pour le sein et le bras, glande squirrheuse avec certitude de progrès nouveaux pour la première, s'il y avait de nouvelles grossesses ; pour l'utérus, grande irritabilité, qui permet de craindre dans l'avenir le développement d'une maladie organique de cet organe.

En présence d'un ensemble si fâcheux, mon embarras fut grand quand il fallut prescrire un traitement, et si je rends compte ici de mes tentatives, qui n'ont point eu tout le succès désirable, c'est plutôt par occasion qu'avec intention formelle de le faire.

Mon premier soin fut de prévenir le mari qu'une nouvelle grossesse pourrait causer la mort de M*** D***; cette menace a produit tout l'effet que j'en attendais. En même temps je fis commencer (le 24 février 1842) à la malade un traitement par l'oxyde d'or par la potasse, associé à la poudre de ciguë et administré en frictions sur la langue, faites chaque matin après le déjeûner. Je débutai par 25 milligrammes de l'oxyde métallique mêlé à 5 centigrammes de la poudre végétale et divisés en dix frictions. Les doses de l'oxyde et de la ciguë furent progressivement augmentées, de telle sorte que madame D***, pendant toute la durée du mois de juin suivant, et jusqu'à la fin de ce même mois, époque où elle termina son traitement, consommait

(1) Cette triste présomption est fortifiée aujourd'hui que j'ai donné des soins à la mère de madame D*** ; car chez cette dernière, la percussion et l'auscultation rendent évidente la présence de tubercules au sommet du poumon droit, condition pathologique que de nombreuses hémoptysies avaient permis de présumer.

à chaque friction 5 centigrammes d'oxyde d'or par la potasse et 5 centigrammes de poudre de ciguë.

La glande du sein était devenue sensible au moindre contact et faisait souvent éprouver des élancements douloureux sans aucune cause occasionnelle. Dans le but de calmer cette disposition qui était si fâcheuse et si effrayante pour l'avenir, je fis faire tous les soirs sur le sein malade une friction avec gros comme une noisette de la pommade suivante :

Sous carbonate de plomb porphyrisé,	10	gram.
Sous-acétate de plomb liquide,	2	—
Baume tranquille,	30	—
Cire blanche,	5	—

Faites, selon l'art, une pommade parfaitement homogène et de consistance molle.

Il existait chez madame D***, indépendamment de la gastralgie sympathique, une deuxième condition fort fâcheuse, c'était cette menstruation exagérée qui devait tenir à l'excitabilité de l'utérus, ainsi que j'ai déjà dit, mais aussi à un appauvrissement évident du sang ; c'est dans le but d'y remédier que je prescrivis les pilules suivantes, à prendre une chaque soir en se couchant.

Extrait aqueux de voix vomique (1),	25	centigr.
— de monœsia,	50	—
— d'écorce d'oranges,	1	gram.
Malate de fer,	50	centigr.

Pour dix pilules

Les éléments de ces pilules furent aussi successivement augmentés, de manière qu'à la fin du traitement l'extrait de noix vomique était porté à 50 centigrammes, ceux de monœsia et d'écorce d'oranges à 3 grammes et le malate de fer à 1 gramme 50 centigrammes, toujours pour dix pilules.

Il me reste à dire les résultats de ce traitement qu'il eût fallu peut-être continuer plus longtemps encore, en le rendant plus actif, puisque, en définitive, ces résultats ne furent point entièrement négatifs.

A la date du 30 juin (1842), la glande était évidemment diminuée de volume, elle ne faisait plus éprouver aucune douleur lancinante et n'était plus sensible au toucher ; mais elle avait conservé sa forme bizarre, ses aspérités et sa dureté. Il fut convenu que, de ce moment, madame D*** la tiendrait toujours recouverte d'un emplâtre de ciguë, renouvelée au besoin.

(1) Voici déjà plusieurs années que j'emploie la noix vomique, soit réduite en poudre après torréfaction, soit à l'état d'extrait aqueux, pour combattre la gastralgie et la gastro-entéralgie, et j'en ai obtenu les meilleurs résultats. Je me propose bien de les faire un jour connaître.

Les pertes utérines menstruelles étaient moins abondantes et surtout affaiblissaient moins la malade, dont la santé générale était évidemment améliorée et qui était légèrement engraissée.

Aujourd'hui (15 novembre 1849), au moment où j'écris, plus de sept ans après le traitement ci-dessus, la glande n'a fait aucun progrès nouveau et se trouve dans les mêmes conditions qu'en 1842. La santé générale a subi, surtout depuis deux ans, une lente et continuelle détérioration ; les pertes utérines sont redevenues peut-être encore plus abondantes ; l'appétit est faible et les digestions se font assez mal. On doit craindre qu'à la première maladie un peu sérieuse que fera madame D***, elle ne soit emportée.

Maintenant quelle part est-il permis d'attribuer au traitement que j'ai institué et exposé ? Faut-il lui rapporter la diminution éprouvée par la glande, la cessation des douleurs, son arrêt de développement, et enfin la marche lente de la maladie ?

Quant au premier point, je n'hésite point à croire que le traitement a produit quelque bien. Quant au second, il ne faut pas perdre de vue que les affections tuberculeuses, car je crois que madame D*** a des tubercules dans les poumons, et les affections cancéreuses offrent de nombreux exemples de cette lenteur dans leur marche, et que la réunion de ces deux principes morbides chez un même individu, si elle est une raison doublement puissante pour que la malade meurt à un âge peu avancé, n'en est point une pour que la double maladie soit rapide. Quoi qu'il en soit, c'est cette condition, de la réunion des principes morbides tuberculeux et cancéreux chez un même individu, qui est cause que l'histoire de madame D*** figure dans ce mémoire, mais nous nous proposons d'examiner dans un autre temps ce qu'on peut espérer de l'application de la méthode aurifère dans le traitement des affections cancéreuses (1) et quelles chances favorables pourrait fournir chez les tuberculeux l'administration simultanée des préparations aurifères et ferrugineuses.

(1) Qu'il me soit permis de rappeler ici l'observation que j'ai communiquée à l'Académie des sciences, dans sa séance du 28 novembre 1848, d'un cas de *cancer traité et guéri par l'oxyde d'or par la potasse, associé à la poudre de noix vomique torréfiée.* Je le fais d'autant plus volontiers ici, que cette cure date aujourd'hui de quatre ans, et rien n'est encore venu la démentir.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE NATIONALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 29 AVRIL.

Emploi de l'oxygène contre les accidents du chloroforme. — M. Duroy, pharmacien à Paris, envoie un mémoire intitulé : *De l'emploi de l'oxygène contre les accidents du chloroforme et les asphyxies.*

L'auteur, après avoir cherché à établir dans son mémoire : que l'introduction de l'oxygène pur dans les voies aériennes n'offre point de danger, et qu'il peut sans inconvénient être respiré pendant plusieurs heures consécutives ; que l'oxygène respiré en même temps que le chloroforme retarde et affaiblit l'action du chloroforme, et combat son influence soporative ; que l'oxygène est capable aussi de combattre les effets consécutifs et les dangers qui suivent l'emploi du chloroforme, conclut que l'oxygène doit être utile dans les accidents produits par le chloroforme. Il ne croit pas qu'il soit nécessaire, pour reconnaître son utilité, d'admettre qu'il décompose le chloroforme. Ce n'est pas d'ailleurs, dit-il, la cause qui n'existe pas qu'il faut combattre ; mais ce à quoi il faut remédier, c'est l'effet produit. On arrive à cette fin, suivant M. Duroy, en substituant au plus vite le gaz vivifiant aux vapeurs délétères.

Ainsi, lorsque le sang artériel est altéré et comparable au sang veineux faute d'oxygénation, alors même qu'après avoir cessé l'usage du chloroforme, on voit prendre aux phenomènes consécutifs une marche ascendante et un caractère qui peut devenir mortel, on comprend que l'oxygène doit avoir une énergie supérieure à celle de l'air ordinaire.

Il résulte des faits recueillis par l'auteur que l'oxygène peut être considéré aussi comme l'antidote de toutes les asphyxies, soit par le charbon ou les autres gaz et vapeurs délétères.

L'auteur pense que ce gaz devrait toujours être employé à la suite des anesthésiques, même lorsqu'on n'aurait plus à redouter d'événement funeste, parce qu'il serait très-important, dans tous les cas, aussitôt l'opération terminée, d'effacer les traces du chloroforme, et de faire cesser promptement l'énervation, la pesanteur de tête, la réaction inflammatoire, et en général tous les accidents secondaires plus ou moins graves et de plus ou moins longue durée, qui arrivent inévitablement après l'emploi du chloroforme.

Cause du goître et du crétinisme. — M. Grange (de Genève), qui dans les précédents travaux sur la cause du goître et du crétinisme et les moyens d'en préserver les populations, a essayé de montrer que ces affections endémiques étaient indépendantes des circonstances météorologiques et orographiques comme causes premières déterminantes, et que la présence du goître sur les terrains magnésiens et au voisinage

des eaux riches en sels magnésiens, était extrêmement générale, annonce aujourd'hui que les faits qu'il a étudiés dans ces derniers temps, sont venus confirmer ses premières observations.

D'après une carte de distribution du goître et du crétinisme en France, qu'il a dressée, on voit que, contrairement à l'opinion généralement reçue, le goître est très repandu dans les pays de plaine. On le trouve endémique sur le sol des départements de l'Oise, de l'Aisne, de la Somme, du Nord, dans les pays où les montagnes sont d'une moyenne hauteur, mais non comparables aux grandes masses des Alpes ; dans les Vosges, le Lyonnais, dans quelques cantons du Jura, dans la Drôme, dans les départements qui forment le versant méridional du plateau central de la France, sur une zone considérable, qui s'étend de Nontron à Sainte-Affrique sur les terrains du Lias et sur les grès du Trias, sur les grandes chaînes dans les Alpes françaises, et enfin dans les Pyrénées.

En résumé, le goître se montre dans les circonstances topographiques les plus opposées, les plus contradictoires. L'auteur a cherché en outre à connaître les rapports de l'affection scrofuleuse avec le goître ; il a dressé à cet effet une carte de la distribution des scrofules, de laquelle il résulte qu'il n'y a aucun rapport entre ces deux maladies. Les départements où le goître fait beaucoup de ravages se trouvent précisément être ceux où ce vice scrofuleux en fait le moins. Tels sont les départements des Pyrénées.

Ainsi le goître se trouve à toutes les hauteurs au dessus du niveau de la mer, dans les pays de plaine, dans les pays ondulés, dans les pays de hautes montagnes, sur des terrains très-variés.

M. Grange se propose de soumettre à l'Académie une suite d'analyses des eaux des points les plus importants de la Suisse, de la Savoie, du Piémont et de la France. Il annonce dès aujourd'hui qu'aucune des eaux qu'il a analysées, et qui provenaient de localites à goîtres de la Suisse, de la Savoie et de la France, ne s'est trouvée exemptee d'une quantité de magnésie bien supérieure à celle indiquée par les analyses dans les eaux du bassin de la Seine, de la Loire et de la Gironde, où cette affection est inconnue.

SÉANCE DU 6 MAI.

Expériences comparatives sur l'influence de l'oxyde de zinc et de la céruse sur l'économie animale. — M. Flandin adresse sur ce sujet une lettre dont nous extrayons ce qui suit :

« Il y a quelques années, M. de Ruolz s'étant proposé de remplacer la céruse par le sulfate de plomb, dans la pensée que ce sel insoluble et plus stable que le carbonate serait moins facilement réduit ou décompose par les forces de l'organisme, me pria d'essayer l'action du sulfate de plomb sur les animaux. Pour me placer autant que possible dans les

conditions où se trouvent les ouvriers exposés aux poussières ou émanations de plomb, je pris un chien de l'espèce caniche; que je fis tondre, et je le frottai chaque jour avec 4 à 5 grammes d'une pommade composée de parties égales d'axonge et de sulfate de plomb. Dès et avant le dixième jour, on pouvait remarquer que l'animal était en proie à des souffrances qui accusaient un commencement d'intoxication ; il avait de la constipation, refusait de manger et maigrissait sensiblement. Bientôt le mal s'accrut, et la mort arriva le vingt-deuxième jour, moins de 70 grammes ou de 2 onces de sulfate de plomb ayant été employés dans les frictions. L'analyse chimique fit retrouver l'agent toxique dans les organes, et spécialement dans le foie de l'animal. Assez peu de temps après cette expérience, le contre-maître de la fabrique de M. Ruolz fut atteint de colique métallique, et il succomba. M. Ruolz fut le premier à renoncer à son industrie.

« Quand M. Leclaire ouvrit l'établissement qui devait fournir au commerce du blanc de zinc, je fus l'une des personnes désignées pour examiner le nouveau produit et indiquer les mesures propres à préserver les ouvriers dans la fabrication. Je me rappelai l'expérience que j'avais faite avec le sulfate de plomb ; je résolus de la répéter avec l'oxyde ou blanc de zinc. Je me procurai un jeune chien que je dépouillai de ses poils sur une partie du corps, et je le frictionnai chaque jour avec 4 à 5 grammes d'une pommade composée par parties égales d'axonge et d'oxyde de zinc obtenu en fabrique. Dix, vingt et trente jours se passèrent, la friction ayant été répétée exactement toutes les vingt-quatre heures, sans que le chien éprouvât le moindre changement dans sa santé. Il fut purgé, mais une fois seulement. Loin de perdre l'appétit et de maigrir, il engraissa notablement, parce que d'ailleurs on le nourrissait bien. Dans l'intervalle de trente jours, on avait employé 140 grammes de pommade, c'est-à-dire 70 grammes ou plus de 2 onces d'oxyde de zinc. Durant dix jours, on laissa reposer l'animal, qui ne cessa de se bien porter et de bien manger ; puis, comme contre-épreuve, on le soumit à des frictions faites chaque jour avec une pommade composée de parties égales d'axonge et de céruse. La nouvelle pommade fut employée dans les mêmes proportions que les précédentes. Au bout de dix jours, si ce n'est moins, l'animal avait maigri et perdu l'appétit sensiblement; tous les symptômes de l'empoisonnement apparurent, la constipation, l'égarement ou délire, la paraplégie, l'émaciation, et l'animal mourut le vingt-troisième jour, avant qu'on eût employé 120 grammes de pommade ou 60 grammes de carbonate de plomb.

« La conclusion naturelle de ces expériences est que les composés de zinc n'ont pas sur l'économie animale l'influence pernicieuse des composés de plomb. »

SÉANCE DU 13 MAI.

Empoisonnement par l'oxyde de zinc (colique de zinc). M. Bouvier, médecin à l'hôpital Beaujon, adresse la lettre suivante à l'occasion de la communication récente de M. le docteur Flandin :

« J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie des faits d'empoisonnement par l'oxyde de zinc qui se seraient produits dans une des fabriques où l'on prépare cette substance.

« Le 19 avril dernier, un homme âgé de 42 ans, tonnelier, entra dans l'hôpital Beaujon, en proie à tous les symptômes de la colique métallique. Il nous dit qu'il avait été employé, depuis le 4 du mois, à la fabrique d'Asnières, avec cinq autres ouvriers tonneliers, à embarriller le blanc de zinc, ou plutôt simplement à mettre des fonds aux barils déjà remplis de cette substance ; qu'au bout de huit jours on les occupa à réparer d'autres barriques qui avaient déja servi, et qu'alors ils se trouvèrent continuellement dans une atmosphère pulvérulente; qu'à dater de ce moment, ses camarades et lui commencèrent à ressentir des coliques et à éprouver la répugnance pour les aliments ; que le vin et l'eau-de-vie qu'ils prenaient pour exciter leur appétit leur étaient désagréables et ne leur ôtaient pas le goût pâteux qu'ils avaient constamment dans la bouche.

« Cet homme ne put pas continuer plus de deux jours son nouveau travail. Il fut pris, le 14 avril, de vomissements, de coliques violentes, accompagnées de constipation. Ces accidents persistèrent, et même augmentèrent d'intensité pendant les cinq jours qui s'écoulèrent encore avant son entrée à l'hôpital. Il souffrit tellement à plusieurs reprises, qu'il se roulait à terre dans sa chambre.

« Le jour de son entrée, il continua de vomir et d'éprouver de vives douleurs abdominales. La matière des vomissements était bilieuse ou formée par les aliments, qui étaient rejetés aussitôt qu'il les avait ingérées. Il n'y avait pas eu de garde-robes depuis cinq jours. Le ventre était, du reste, assez naturel, la langue blanchâtre, l'appétit nul ; il n'y avait pas de fièvre ; les douleurs privaient le malade de sommeil.

« Le lendemain, 20 avril, la constipation fut vaincue par 60 grammes de sulfate de magnésie et par le lavement purgatif des peintres, du traitement dit de la Charité. Des évacuations assez nombreuses, et l'administration de 15 centigrammes d'opium, furent suivies de la cessation des vomissements et de la diminution de la douleur. L'amélioration fit de nouveaux progrès les jours suivants. Le malade prit, jusqu'au 26 avril, de 40 à 80 centigrammes de gomme gutte par jour, des lavements au besoin, et six bains alternativement sulfureux et savonneux. L'opium put être supprimé de bonne heure, et le rétablissement fut complet le 27. Le malade quitta l'hôpital le 4 mai.

D'après le récit du malade, il n'était pas douteux que sa maladie ne fût le résultat de l'intoxication par l'oxyde de zinc, et ne constituât une véritable colique de zinc fort analogue, dans ses symptômes, à la colique de plomb des ouvriers employés à la fabrication de la céruse. Toutefois, voulant s'assurer directement de la nature du corps resté en partie adherent à la peau et savoir si ce corps, à supposer que ce fût du zinc, n'était pas mêlé de quelque autre substance, d'arsenic, par exemple, M. Bouvier fit procéder aux épreuves suivantes :

Le 2 mai, on lava avec soin le corps du malade, et on recueillit les eaux de lavage, que M. Chatin, pharmacien en chef de l'hôpital, voulut bien se charger d'examiner. Il est résulté de cet examen que les liqueurs ne contenaient ni plomb, ni cuivre, ni arsenic, et qu'elles renfermaient une quantité appréciable de zinc. (Commission précédemment nommée.)

Choléra. — M. Pellarin envoie à l'Académie une suite à ses communications sur le choléra.

A l'appui des propositions émises dans ses précédentes communications, M. Pellarin cite plusieurs exemples d'épidémies cholériques qui se sont développées sous l'empire de causes d'infection très-manifestes, soit dans l'Inde, soit dans nos pays d'Europe.

Parmi les faits nouveaux que cite l'auteur, le plus curieux est le suivant :

Sous l'empire de causes d'infection toutes locales qui ont été parfaitement constatées, le choléra s'est produit à l'état épidémique dans la petite commune de Pouldouran (Côtes-du-Nord), six mois avant que l'épidémie ne se montrât sur aucun des autres points du département. Tandis qu'en effet, les premières localités atteintes dans les Côtes-du-Nord, Pontrieux, Saint-Brieuc, Lamballe, ne le furent qu'à la fin de septembre et en octobre, à Pouldouran, l'on comptait déjà 2 cas de choléra dès le 10 avril, et à partir de ce jour jusqu'au 23 mai, temps que l'épidémie y régna, elle frappa 113 personnes, dont 36 mortellement, sur une population de 300 âmes. D'après le rapport du docteur Kérambrun, qui fut appelé le premier à donner des soins aux malades, au moment où le choléra apparut à Pouldouran, des fouilles s'exécutaient dans le cimetière, qui laissaient voir presque à découvert des cadavres en pleine putréfaction. Plusieurs des ouvriers employés à ces travaux furent atteints du choléra, et la première victime du fléau fut une femme qui habitait la maison la plus voisine du cimetière. Il y a lieu de remarquer en outre que le village de Pouldouran est situé sur un petit cours d'eau dans lequel la marée remonte, submergeant et recouvrant alternativement plusieurs hectares de terrain vaseux. Tous les malades se trouvèrent compris dans la longueur d'un kilomètre au plus sur les bords de ce bassin.

Point, d'ailleurs, ici, d'importation du mal par des individus qui en avaient pris le germe au dehors.

Les causes particulières d'infection qui existent à Pouldouran ont-elles eu besoin, pour produire le choléra, du concours de la cause épidémique générale qui ne faisait encore sentir son action qu'à une distance de plus de 50 lieues de ce village? M. Pellarin s'abstient de décider la question. Il montre seulement que, dans l'hypothèse d'une cause épidémique générale à laquelle échappent cependant une multitude de localités des pays envahis par le choléra, il y a des difficultés non moins grandes pour se rendre compte des faits, que dans l'hypothèse contraire. « Je borne, dit-il, mes recherches sur l'étiologie du choléra à l'étude d'influences dès à présent saisissables et qui peuvent être efficacement combattues par les moyens que la science met à notre disposition. Je ne m'occupe pas de savoir si ces influences sont les causes premières et uniques, ou simplement les causes occasionnelles et secondaires du développement des épidémies de choléra. J'observe que ces épidémies n'éclatent que là où se rencontre l'une ou l'autre des conditions suivantes :

« 1° Importation du choléra par des individus qui en avaient pris le germe dans un lieu contaminé ;

« Ou bien 2° production, engendrement de la maladie par des foyers d'infection appréciables.

« Voilà, dans l'état présent de nos connaissances, la seule base que nous ayons pour l'adoption de mesures prophylactiques ; car évidemment, qu'il existe en outre ou qu'il n'existe pas une cause générale, on est bien forcé de convenir qu'aussi longtemps que cette cause reste pour nous un mystère, il n'y a aucune indication pratique quelconque à tirer de l'admission ou de la non admission de son existence. »

Nouvelle méthode pour l'opération césarienne. — M. Baudelocque soumet au jugement de l'Académie une manière de faire l'opération césarienne qui réussira, dit-il, très-probablement.

Cette opération consisterait :

1° A inciser la paroi postérieure du vagin dans son milieu, de haut en bas, et dans l'étendue de deux pouces, à partir de son union avec le col utérin ;

2° A abandonner aux contractions de l'utérus l'expulsion de l'enfant dans la cavité abdominale, d'où on le retirait par une incision faite à la ligne blanche.

La délivrance se ferait par les voies ordinaires.

Comme on le voit, cette opération est l'imitation exacte de la rupture naturelle du vagin, dont l'auteur a donné un exemple dans le travail

qu'il a publié en 1844 sur l'opération césarienne particulière qu'il a appelée *élytrotomie*, ou *incision du vagin*.

Lithotripsie. — M. Heurteloup présente à l'Académie le malade qui était atteint de la pierre, et sur lequel l'extraction immédiate a été mise en usage sous les yeux de la commission, le 27 août dernier. Il place sous les yeux des membres du bureau les fragments de la pierre volumineuse qui a été extraite.

SÉANCE DU 20 MAI.

Sondes et bougies en gutta percha. — Civiale lit, au nom de M. Pelouze et au sien, un rapport sur une communication de M. Cabirol, relative à de nouveaux instruments de chirurgie, et particulièrement aux sondes et bougies qu'il fabrique avec la gutta percha.

Les sondes et les bougies en gutta percha faites par les procédés de M. Cabirol fournissent, dit M. le rapporteur, de nouveaux et utiles moyens à la thérapeutique chirurgicale. Mais elles ne sauraient remplacer dans tous les cas ceux qui sont depuis longtemps en usage dans la pratique.

1° Les bougies de cire molle, dont on obtient chaque jour les plus heureux résultats dans le traitement des coarctations urétrales, conservent des avantages qui leur sont propres. Elle suffisent pour la guérison du plus grand nombre des rétrécissements; leur introduction facile, peu douloureuse, n'est que très-rarement suivie de réaction et de fièvre. Quand on les retire, elle rapportent l'image en relief de la partie malade. Ces empreintes, qu'on obtient par la marche ordinaire de la dilatation, et sans qu'il soit nécessaire de recourir à des explorations spéciales, servent de guide au praticien pour la direction du traitement.

2° Dans quelques cas de dureté considérable des parois urétrales, avec lésion de la prostate, on ne réussit à introduire les sondes flexibles dans la vessie, qu'après des tentatives répétées et des manœuvres prolongées. Souvent alors les sondes en gutta percha, qui se ramollissent plus promptement que les autres, se recourbent, se tortillent, se déforment de différentes manière et ne pénètrent pas, tandis que le chirurgien et même les malades réussissent très-bien par l'emploi des sondes flexibles ordinaires.

3° Il peut être indiqué dans la pratique d'introduire un mandrin rigide droit ou à faible courbure dans une bougie creuse, préalablement placée dans l'urètre, afin d'exercer une compression sur la face inférieure du col vésical. Il y aurait danger de recourir à cette manœuvre avec les bougies nouvelles. Leurs parois, ramollies par la chaleur, ne conservent pas une résistance suffisante. Le mandrin, au lieu de chemi-

ner dans le tube, en redressant le canal, pourrait percer les parois de la bougie et blesser l'urètre, ce qui est arrivé.

Si les résultats que nous venons d'indiquer sont de nature à encourager la fabrication des sondes et des bougies en gutta percha, ils stimuleront aussi le zèle et l'activité des anciens fabricants de bougies molles et de sondes flexibles ordinaires. Les nouveaux instruments, en effet, n'ont pas encore de supériorité absolue sur les anciens. La préférence qu'on doit accorder à chacun d'eux est restreinte à des séries particulières de cas. Mais ce qu'on doit espérer, c'est que les établissements anciens se voyant dépossédés d'une fabrication exclusive, dont ils se croyent assurés, redoubleront d'efforts et obtiendront des produits plus parfaits. Formons des vœux pour que l'émulation que ne peuvent manquer d'exciter les nouveaux instruments, tourne au profit de la thérapeutique chirurgicale.

Nous avons l'honneur de proposer à l'Académie d'adresser des remercîments à M. Cabirol pour son intéressante communication.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— M. Roux lit la deuxième partie de son mémoire sur la staphyloraphie.

Influence de l'iode administré pendant la grossesse sur le développement du fœtus. — M. Delfrayssé (de Cahors) soumet à l'Académie quelques observations relatives à l'influence de l'iode sur les développements de l'enfant pendant les deux derniers mois de la gestation. M. Depaul a proposé, comme on sait, dans ces derniers temps, de soumettre à des saignées répétées et à la diète les femmes enceintes affectées de rétrécissement ou vice de conformation du bassin, dans le but de modérer la croissance du fœtus et de l'empêcher d'acquérir un volume capable de s'opposer à son passage à travers les détroits. M. Delfrayssé propose de substituer à cette méthode, dont il fait la critique, l'usage de l'iode au sixième ou septième mois de la grossesse. On prescrira à la femme mal conformée le moyen suivant :

Iode pur.	1	gramme.
Iodure de potassium. . .	2	id.
Eau distillée.	30	id.

Faites une solution qui sera prise pendant les deux derniers mois de la gestation à la dose de 6 à 8 gouttes par jour dans 30 grammes d'eau sucrée, une heure au moins avant le repas.

L'iode, en vertu de ses propriétés fondantes, diminue et affaiblit la nutrition de l'uterus, et par suite celle du fœtus qu'il renferme.

Du septième au neuvième mois, la croissance de l'enfant s'arrête sous l'influence de l'iode, sans qu'on ait rien à redouter pour sa vie ni pour sa santé.

M. Delfrayssé, après avoir essayé l'emploi de ce moyen chez quelques animaux, l'a expérimenté sur la femme.

Voici les deux observations qu'il rapporte.

Obs. I. — Une dame, un peu goîtreuse, avait eu trois enfants morts-nés dans l'espace de cinq années. La naissance des deux premiers fut des plus laborieuses, et l'art fut obligé d'intervenir à l'aide du forceps. L'expulsion du troisième enfant fut provoquée au septième mois de la grossesse, et la délivrance s'opéra sans difficultés, parce qu'il était moins gros que les deux autres. Néanmoins il mourut quelques instants après l'accouchement. Le bassin de cette dame offrait un rétrécissement remarquable dans son diamètre antéro-postérieur, qui n'avait pas 8 centimètres d'étendue.

L'expulsion d'un fœtus à terme et d'une grosseur ordinaire ne pouvait donc s'effectuer sans un très grand danger pour sa vie, et M. Delfrayssé résolut de soumettre cette dame à l'usage de l'iode pendant les deux derniers mois de la gestation. Dans ses grossesses subséquentes, qui furent au nombre de deux, elle prit chaque matin 6 et plus tard 8 gouttes de la solution formulée plus haut, et des deux enfants qu'elle mit au monde, l'un pesait 728 grammes de moins que les premiers, et l'autre, qui était une fille, 734. Ils offraient, du reste, le volume et le poids de celui qui fut expulsé au septième mois de la grossesse. Leur naissance fut spontanée, comme celle de ce dernier; mais plus heureux que lui, ils naquirent vigoureux et bien portants. Leur mère n'en éprouva non plus aucune espèce de dérangement, si ce n'est que les mamelles se développèrent moins que dans les grossesses précédentes, et que son embonpoint parut diminuer un peu.

Obs. II. — La dame V... accoucha quatre fois avec de très-grandes difficultés dans l'espace de quelques années, et aucun de ses enfants ne put être amené vivant. A un cinquième accouchement, tout aussi malheureux, M. Delfrayssé s'assura de l'existence d'un rétrécissement du bassin. Une sixième grossesse étant survenue, M. Delfrayssé prescrivit, du septième au neuvième mois, 6 gouttes de la solution d'iode. L'accouchement eut lieu au terme ordinaire, et donna un enfant robuste et bien constitué, quoiqu'il pesât 1,250 grammes de moins que ses aînés. Il vint au monde sans le moindre accident, et jouit aujourd'hui d'une santé et d'une constitution vigoureuses.

— M. Pardenat, médecin à Duglan (Dordogne), envoie un travail sur la physiologie, subdivisé en six petits mémoires dont voici les titres :

1° Des périodes de la vie, considérées dans leurs rapports avec les mouvement périodiques de l'univers.

2° Qu'est-ce que la vie?

3° Que faut-il entendre par propriétés vitales et de tissus?

4° Que les propriétés des tissus sont les propriétés vitales.
5° Que faut il entendre par phénomènes chimiques de la respiration?
6° Sur la sensibilité et la contractilité sensibles et insensibles de Bichat.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 30 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu. — M. Martin-Solon donne lecture d'un rapport sur le *traitement du rhumatisme articulaire aigu par les vésicatoires volants*, par le docteur Dechilly, médecin de l'hôpital de Vaucouleurs (Meuse), suivi de quelques considérations sur l'emploi du nitrate de potasse et du sulfate de quinine à haute dose dans la même maladie.

Le rhumatisme aigu ou chronique articulaire fibreux, musculaire simple ou goutteux, est une des maladies qui, à cause de son opiniâtreté, des douleurs atroces qu'elle occasionne souvent et des déformations qu'elle détermine quelquefois, mérite le plus la sollicitude des médecins. De toutes les formes que nous venons de mentionner, l'arthritis aiguë est celle que l'on parvient le plus facilement à guérir; on n'a pour ainsi dire que l'embarras du choix pour adopter une méthode curative favorable.

La saignée coup sur coup, le tartre stibié, le sulfate de quinine et le nitrate de potasse donnés à haute dose contre-stimulante, sont les moyens qui se disputent les préférences des praticiens, et à l'efficacité desquels ceux-ci ont nécessairement recours lorsque la maladie a une certaine gravité. L'expectation, dans ce cas, serait impardonnable; car ce qu'il importe le plus dans cette terrible affection, c'est d'empêcher son passage à l'état chronique et d'éviter les altérations nombreuses et variées qui en sont la suite.

Le tartre stibié, si utile dans la pneumonie aiguë, est beaucoup moins employé dans le rhumatisme que les deux autres contre-stimulants précédemment cités. A ces divers moyens, M. Dechilly vient d'en ajouter un nouveau : c'est l'application de larges vésicatoires volants sur toute l'étendue des articulations malades pendant la période la plus aiguë de l'arthritis. L'insuffisance qu'il reproche à la saignée et au nitrate de potasse, les dangers qu'il dit avoir trouvés dans l'emploi du sulfate de quinine, ont déterminé ce laborieux confrère à rechercher quelque agent plus efficace, et à proposer l'usage de vésicatoires volants dans le but d'abréger la durée de la maladie et d'en diminuer la violence. Tel est le sujet qu'il s'est proposé d'examiner dans le travail dont nous avons l'honneur de vous rendre compte.

Le mémoire de M. Dechilly se compose de deux parties : dans la première, notre confrère émet quelques courtes considérations générales sur l'arthritis aiguë. Il rapporte, dans la seconde, 14 observations à l'appui du traitement qu'il propose. D'après M. Dechilly, la saignée combat, il est vrai, le symptôme fébrile du rhumatisme, mais n'en atteint pas l'agent morbifique. Selon lui, en effet, le rhumatisme n'est pas plus une inflammation des articulations que la variole et la rougeole ne sont des inflammations de la peau, que la fièvre typhoïde n'est une inflammation du tube digestif. Dans ces différents cas, la phlegmasie n'est que la manifestation symptomatique d'une cause morbifique qui existe dans l'économie : c'est cette cause que M. Dechilly se propose d'attaquer par l'emploi des vésicatoires.

Dans la première observation de M. Dechilly, ce n'est qu'après le douzième jour de l'invasion du rhumatisme, quand plusieurs émissions sanguines et quelques grammes de nitrate de potasse avaient été employés sans efficacité, que notre confrère eut recours à l'application des vésicatoires volants pour guérir la maladie.

Le début du traitement est encore antiphlogistique dans la douzième observation. Son insuffisance détermine M. Dechilly, enhardi par un premier succès, à faire appliquer, dès le cinquième jour de l'affection, un large vésicatoire sur chaque articulation tibio-tarsienne. Le malade se rétablit ; mais une imprudence fait reparaître l'arthritis dans les genoux. De nouveaux vésicatoires poursuivent ensuite avec avantage le rhumatisme sur chacune des articulations envahies.

Dans la troisième observation, le premier vésicatoire est appliqué le cinquième jour de la maladie. La douleur articulaire et la fièvre diminuent et cessent; puis d'autres articulations se prennent successivement, et la maladie se termine le quatorzième jour de son invasion, neuvième de son traitement, pour lequel on a employé presque exclusivement l'application de neuf vésicatoires sur les diverses jointures douloureuses.

En examinant les autres faits qui ont trait à l'athritis, on leur trouve la plus grande analogie avec ceux que nous venons d'analyser rapidement.

En résumé, quand une arthritis aiguë se présente, M. Dechilly fait faire une saignée générale si le sujet est pléthorique et vigoureux. Si le cerveau, le péricarde ou quelque partie de la plèvre est menacée de congestion, il faut opposer localement des sangsues ; mais quant aux articulation malades et douloureuses, il couvre, sans plus attendre, chacune d'elles d'un vésicatoire assez large pour que toute la synoviale puisse être influencée par son action. Dans sa sixième observation, l'auteur fait remarquer qu'une articulation radio-carpienne, enveloppée imparfaitement de vésicatoire, conserva douloureuse la portion articulaire qui n'avait point été en contact avec l'emplâtre épispastique.

La vésication détermine, il est vrai, des douleurs vives, mais elles n'égalent pas l'intensité de celles du rhumatisme. D'ailleurs, ces douleurs de vésication se dissipent complétement en douze ou quinze heures. Dès le lendemain, la tuméfaction rhumatismale est déjà moindre, et la douleur qui l'accompagnait suffisamment diminuée pour permettre de légers mouvements et ne laisser dans l'articulation qu'un sentiment d'engourdissement. Le pouls a presque toujours perdu de sa fréquence et la peau de sa chaleur fébrile. La sécrétion et l'excrétion urinaires n'éprouvent habituellement aucune modification fâcheuse. M. Dechilly affirme même que, sans prendre la précaution de camphrer les vésicatoires, il a vu dans plusieurs cas leur application diminuer une dysurie préexistante. Sa quatrième observation en fournit un exemple. Nous n'avons pas non plus observé de dysurie chez les premiers malades pour lesquels nous avons fait usage du traitement de M. Dechilly. L'urine de l'un d'eux donna cependant, le troisième et le quatrième jour de l'application vésicante, un précipité albumineux par l'acide nitrique ; mais il n'y eut point de douleur en urinant. Chez un autre malade qui subit à la fois l'application de cinq vésicatoires, l'urine fut très-légèrement précipitable, mais la miction, assez peu douloureuse pour que le malade s'en soit seulement aperçu, parce que l'on appela son attention sur ce sujet. Nous devons faire observer que ces différents malades n'avaient point, comme ceux chez lesquels M. Morel-Lavallé à observé l'albuminurie, ou cystite cantharidienne, subi l'application de ventouses scarifiées avant celle des vésicatoires.

Pour revenir au traitement de M. Dechilly, disons que le rhumatisme continue sa marche dans les parties endolories qui n'ont point été couvertes d'épispastique, et qu'il envahit les unes après les autres les synoviales restées saines, de sorte qu'il faut poursuivre directement l'ennemi dans chaque jointure à mesure qu'il s'y présente. Ainsi le malade de la sixième observation de M. Dechilly eut treize vésicatoires posés en six applications successives, soit sur des articulations, soit sur des gaînes synoviales tendineuses voisines. M. Dechilly affirme qu'aucun des ses malades n'éprouve d'accident ou d'incommodité capables de contre indiquer sa méthode. Ses observations démontrent qu'elle guérit quelquefois l'athritis aiguë en cinq ou six jours ; mais cette issue favorable peut se faire attendre souvent plus longtemps. C'est ce qui eut lieu pour le sixième malade que nous citions tout à l'heure, et dont le rhumatisme dura dix-huit jours. La maladie se termina bien plus tard encore chez d'autres malades.

L'emploi des vésicatoires a été généralement repoussé dans le traitement des phlegmasies pendant leur période aiguë ; les auteurs varient même beaucoup sur le choix du lieu de leur application dans le déclin

de la maladie, période à laquelle ils sont indiqués pour beaucoup de médecins. Barthez aimait mieux que l'application eût lieu au voisinage de la partie affectée ; Hoffmann préférait un point éloigné. La nature rhumatismale de l'inflammation aiguë a déterminé quelques médecins à ne point avoir égard à ces distinctions. Stoll était étonné, ainsi que le fait remarquer notre collègue M. de Villeneuve (article *Rhumatismale* du grand *Dictionnaire des sciences médicales*, p. 620), de l'effet prompt et heureux des vésicatoires dans les rhumatismes fébriles. M. Dechilly a bien pu, à l'exemple de l'illustre professeur de Vienne, chercher un moyen de guérir l'arthritis aiguë dans une médication vantée par ce grand maître.

Les observations citées par M. Dechilly nous ont engagé, par les effets quelquefois satisfaisants que nous y avons rencontrés, à essayer un traitement qui pouvait avoir les avantages que l'on demandait peut-être en vain aux méthodes curatives que nous possédons maintenant.

En y réfléchissant, d'ailleurs, nous avons peu à peu perdu la répugnance que nous avions d'abord pour appliquer de larges vésicatoires sur des articulations violemment enflammées. Nous nous sommes rappelé les avantages de cette médication dans l'érysipèle phlegmoneux proclamés par Petit (de Lyon), souvent observés par nous à la clinique de notre illustre maître Dupuytren, avantages dont on trouve bon nombre d'exemples dans l'excellente thèse de notre collègue M. Patissier (année 1815, n° 202), avantages enfin que M. Velpeau, plusieurs praticiens et nous-même avons souvent constatés dans ces cas.

Nous nous sommes rappelé l'utilité des vésicatoires employés pour arrêter la marche envahissante de certains érysipèles ou la turgescence beaucoup trop considérable de pustules varioliques ; nous nous sommes aussi rappelé que, contre la pleurésie aigue, plusieurs médecins distingues (*Dict. de med. et de chir. prat.*) vantent les résultats de l'application de larges vésicatoires *loco dolenti* pendant la période d'acuité de la maladie. N'y a-t-il pas quelque analogie entre ces différents cas? Dans les premiers, le vésicatoire est placé sur la partie enflammée elle-même; dans le dernier, plusieurs tissus séparent le vésicatoire de la membrane malade ; mais dans tous il s'agit de faire disparaître une irritation locale sous l'influence de celle que l'on produit à l'aide d'un nouvel irritant, à peu près comme on voit dans les expériences de M. Hastings, en Angleterre, et de M. Gendrin, en France, une solution d'hydrochlorate de soude appliquée sur une patte de grenouille, faire aborder le sang dans les vaisseaux et y produire une hypérémie, tandis qu'aussitôt après l'application d'un autre irritant sur le même point, l'alcool modifie la circulation capillaire et diminue la rougeur de la partie. Au reste, l'expérience

n'a fait que nous confirmer l'innocuité de la méthode de M. Dechilly, et nous en démontrer les avantages incontestables.

Après avoir exposé les faits observés, lui, M. le rapporteur se résume et formule en ces termes son jugement sur la méthode en question :

Si la méthode vésicante de M. Dechilly contre le rhumatisme aigu vous semble, comme méthode générale, beaucoup moins avantageuse que celle des autres stimulants internes, le sulfate de quinine et le nitrate de potasse, c'est que ce dernier surtout exerce en outre une action directe et spéciale sur l'état morbide du sang. Il liquéfie la fibrine et en diminue la quantité en même temps qu'il combat la cause rhumatismale, bien que notre confrère refuse de l'admettre.

Si la médication vésicante nous semble surtout moins proposable aux sujets délicats et irritables que la prescription du nitrate de potasse ou du sulfate de quinine convenablement administrés, c'est que peu de personnes, particulièrement en ville, accepteraient et supporteraient facilement des vésicatoires si larges et si nombreux ; il n'en est pas moins vrai que nous regardons la médication de M. Dechilly comme une méthode thérapeutique importante, pouvant remplir des indications utiles dans le traitement du rhumatisme comme moyen adjuvant ; que même, dans quelques circonstances, nous la croyons préférable à d'autres méthodes, par exemple dans les cas d'affaiblissement constitutionnel ou morbide, ou lorsque les troubles digestifs contre-indiquent l'usage des contre-stimulants internes. Cette médication mérite donc de fixer l'attention des observateurs et des praticiens.

Nous avons en conséquence l'honneur de proposer à l'Académie :

1° D'adresser une lettre de remercîments à M. Dechilly ;

2° De remettre son mémoire au comité de publication.

M. Rochoux : Le rapport nous dit que le rhumatisme articulaire aigu n'est point une phlegmasie ; or c'est là une contre-vérité des plus palpables : le rhumatisme articulaire aigu est non-seulement une phlegmasie, mais encore une phlegmasie en quelque sorte type qui, en cette qualité, reçoit de la médication antiphlogistique l'influence la plus évidente, et sur laquelle les vésicatoires employés à la période aiguë doivent avoir la plus fâcheuse action, comme ils l'ont sur toutes les phlegmasies lorsqu'ils sont employés trop tôt.

M. Martin-Solon : Je ne nie pas que le rhumatisme ne soit une inflammation, mais je dis que c'est une inflammation spéciale.

MM. Gerdy et Bouillaud demandent la parole. L'heure étant trop avancée la discussion est renvoyée à la prochaine séance, et l'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

SÉANCE DU 7 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Méthode de traitement des fièvres intermittentes par les ven-

touses. — On passe à la discussion du rapport lu par M. Bricheteau, dans l'une des précédentes séances, sur la méthode de M. Gondret pour le traitement des fièvres intermittentes.

M. Bricheteau, rapporteur, après avoir rappelé sommairement l'objet du rapport, en relit les conclusions.

Voir les conclusions :

Quelle que soit l'opinion qu'on ait sur l'action des ventouses dans la curation des fièvres intermittentes, les expériences thérapeutiques dont nous venons de rendre compte viennent confirmer la plupart des faits que M. Gondret a recueillis et qu'il a soumis à votre appréciation.

En conséquence nous vous proposons de répondre à M. le ministre que les résultats favorables obtenus par les commissaires que vous avez nommés pour examiner la méthode thérapeutique proposée par ce médecin contre les fièvres intermittentes, font désirer que des expériences plus nombreuses soient faites sur cette méthode, sur un plus grand théâtre et dans une contrée où ces maladies sont endémiques ; que l'utilité de ces essais sur un moyen simple prompt et économique de guérir est d'autant mieux fondée que le sulfate de quinine, presque exclusivement employé à la cure des fièvres intermittentes, est devenu plus cher et se trouve souvent sophistiqué, quand il n'est pas hors de la portée des malades pauvres et privés de tout autre secours efficace.

La discussion est ouverte sur ces conclusions. La parole est à M. Castel.

M. Castel : Dans ses explications, le docteur Gondret a fait la part des lois physiques beaucoup trop grande ; il a fait la part des lois vitales trop petite. La pression atmosphérique n'est ici qu'un moyen ; elle exécute un rôle très-subalterne. L'exhalation cutanée, une dérivation dans certains vaisseaux capillaires, l'irritation, détournée des viscères et appelée à la surface du corps, ne doivent être considérées que comme des accessoires.

La principale cause de l'avortement de l'accès, à la suite de l'application des ventouses, est une impulsion donnée, un mouvement imprimé à un centre nerveux, une surexcitation identique ou équivalent à celle que, dans un accès, parcourent ses périodes, et amenée par la concentration de la circulation.

C'est, en un mot, à une surexcitation et ensuite à une réaction qu'est dû le dénoûment d'une fièvre intermittente, soit après l'intervention des ventouses, soit par les moyens jusqu'à présent usités.

Mais je n'hésite point à pronostiquer que les récidives seront plus fréquentes après le traitement par les ventouses, qu'elle ne le sont après le traitement par le quinquina et les autres fébrifuges.

M. Piorry : La question soumise à l'examen de l'Académie ne pouvait

être résolue qu'à la condition de tenir compte de l'état de la rate, non pas en se bornant à constater approximativement son volume, mais en la mesurant exactement : c'est ce que n'a pas fait la commission. La méthode proposée par M. Gondret d'ailleurs n'est pas nouvelle ; M. Nonat l'a déjà employée. Je l'ai employée moi-même, et sans les résultats que lui attribue M. le rapporteur.

M. Bricheteau : Les commissaires ont tenu compte de l'état de la rate, ainsi que les observations consignées dans le rapport en font foi. Quant à l'assimilation que fait M. Piorry entre la méthode de M. Gendret et celle que M. Nonat a mise en usage, elle n'est pas exacte.

M. Grisolle : J'ai expérimenté deux fois la méthode de M. Gondret : la première fois chez une jeune fille atteinte d'une fièvre tierce dont les accès étaient précédés d'accidents prodromiques. Dès leur première application, les ventouses ont eu pour effet de faire cesser immédiatement les prodromes et de faire avorter l'accès ; la malade fut ensuite mise à l'usage du sulfate de quinine : les accès ne se sont plus reproduits. Dans le second cas, l'accès débutait brusquement par un frisson de deux heures et demie à trois heures de durée ; dix ventouses, appliquées dès le premier accès, arrêtèrent instantanément le frisson, mais sans faire avorter complétement l'accès, qui se continua en sueur. Dans les accès consécutifs, les frissons manquèrent. Ce malade a été guéri radicalement ensuite par le sulfate de quinine.

J'appuie les conclusions du rapport ; car le moyen préconisé par M. Gondret me paraît très-utile pour arrêter les accidents qui précèdent ou accompagnent l'accès, sauf à recourir ensuite au sulfate de quinine.

M. Martin-Solon : J'ai essayé la méthode de M. Gondret sur plusieurs malades ; mais je n'ai pas été aussi heureux que les membres de la commission. Sur 12 cas, je n'ai obtenu que deux succès ; je crois donc qu'il faut être plus réservé dans le jugement porté sur cette méthode.

M. Rochoux : On a guéri des centaines de milliers de malades de la fièvre intermittente, sans s'enquérir de l'état de la rate ; par conséquent cet examen n'a pas l'importance que lui attribue M. Piorry.

M. Bégin appuyé par M. Dubois (d'Amiens), propose de modifier les conclusions dans ce sens :

Les observations recueillies par la commission, bien que favorables à la méthode de M. Gondret, ne sont pas cependant assez nombreuses pour permettre à l'Académie de se prononcer sur la valeur de cette méthode, et il y a lieu d'attendre de nouvelles observations.

Les conclusions ainsi modifiées sont mises aux voix et adoptées.

SÉANCE DU 14 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Traitement du rhumatisme aigu par les vésicatoires. — M. Mar-

tin-Solon résume de vive voix le rapport qu'il a lu dans la séance du 30 avril dernier (Voy. *Gaz. Méd.* du 4 mai.) Il rappelle notamment que la commission a constaté que le traitement proposé par M. Dechilly n'a pas la nocuité qu'on aurait été d'abord porté à lui attribuer, qu'il a été généralement suivi d'une amélioration notable ; mais que dans quelques cas, néanmoins, il a fallu revenir à d'autres moyens, tels que le sulfate de quinine ou le nitrate de potasse ; enfin que cette méthode, sans avoir toute l'efficacité que lui attribue son auteur, n'est cependant pas sans valeur, et qu'elle peut être prescrite avec avantage à titre d'adjuvant ou même comme méthode principale dans les cas où aucune des méthodes éprouvées par l'expérience ne pourrait être appliquée.

M. Bouillaud : D'après M. Martin-Solon, il semblerait qu'on n'a que le choix des moyens dans le traitement du rhumatisme. Cela serait très-consolant, car le rhumatisme articulaire aigu est une des maladies les plus rebelles que nous connaissions. Quant à moi, je n'ai pas cessé de la trouver très-rebelle. Aussi je ne suis pas de l'avis de notre collègue, et je ne crois pas qu'on puisse mettre sur la même ligne le nitrate de potasse, le sulfate de quinine, les antiphlogistiques et les vésicatoires, qui ne sont après tout, pour moi, que des antiphlogistiques. S'il n'y avait à considérer dans le rhumatisme que la maladie extérieure, la lésion articulaire, la question aurait beaucoup moins de gravité ; il importerait peu en effet que l'inflammation articulaire durât un peu plus ou un peu moins ; mais M. Martin-Solon sait très-bien que la maladie ne se borne pas là : si le rhumatisme n'est pas promptement arrêté dans sa marche, si on le laisse suivre son cours pendant huit, dix, quinze jours, on ne tarde pas à voir survenir des accidents graves, trop souvent mortels du côté des organes internes et particulièrement du cœur, accidents qui se développent brusquement souvent alors que les douleurs avaient spontanément disparu et qu'on croyait le malade guéri. Il importe donc pardessus tout de ne pas se borner à combattre les douleurs articulaires et de surveiller attentivement l'état des organes internes.

Malheur à quiconque a une fièvre rhumatismale qui dure plus de quinze jours, alors même que l'état morbide des articulations aurait disparu ! car celui qui se trouve dans ce cas aura presque certainement, dans un temps plus ou moins prochain, une affection organique mortelle.

Or, je l'affirme, jamais ni le sulfate de quinine ni le nitrate de potasse n'ont enlevé dans l'espace d'un septénaire une fièvre rhumatismale. Pour les cas légers, sans doute cela est possible, mais pour les cas graves, non. Ces cas graves ne céderont jamais à d'autres moyens qu'aux antiphlogistiques, mais aux antiphlogistiques employés autrement qu'on ne l'a fait jusqu'ici, autrement que le faisaient Sydenham et Stoll, par exemple. Le seul moyen de salut, dans ce cas, est dans l'usage des saignées

répétées à des intervalles très-rapprochés et dans une mesure déterminée. C'est par ce seul moyen qu'on peut enlever un rhumatisme en moins d'un septénaire et de manière à prévenir tout accident ultérieur du côté du cœur. J'ai aujourd'hui plus de six cents observations de rhumatisme articulaire aigu, et jamais, quand cette méthode a été bien appliquée, elle n'a manqué d'atteindre le but que je me proposais et d'arrêter le mal dans l'espace d'un septénaire. Mais je crois devoir rappeler ce que j'ai dit bien des fois, c'est qu'il faut que la nouvelle méthode soit bien appliquée, et qu'elle ne l'a pas été par tout le monde. Il faut, de plus, qu'elle soit appliquée dès le début et au plus tard avant la fin du premier septénaire. C'est pour n'avoir pas suivi ces préceptes que des observateurs ont été conduits à des résultats différents de ceux que j'ai obtenus.

Il n'est pas nécessaire pour appliquer la nouvelle méthode comme on est disposé à le croire généralement, que les sujets soient pléthoriques ou d'un tempérament sanguin; s'il en était ainsi, son emploi serait excessivement borné, car le monde est rempli de sujets anémiques et chloro-anémiques. Il faut seulement, chez les sujets faibles, proportionner les émissions sanguines aux forces de leur constitution.

Quant à ce qui est des vésicatoires dont M. Martin-Solon considère l'application comme nouvelle dans le rhumatisme, il y a bien longtemps que j'ai dit qu'il fallait y avoir recours à titre d'adjuvant après les évacuations sanguines. C'est un des moyens que je fais concourir avec les saignées, la diète, le régime et toutes les circonstances propres à prévenir ou éviter les causes qui produisent ou aggravent le rhumatisme, telles que le refroidissement, etc. En agissant ainsi, on peut se flatter de guérir en moins de huit jours les rhumatismes les plus aigus. Si j'insiste sur cette méthode que l'on a méconnue et calomniée, c'est que, en conscience, je n'en connais pas de plus efficace.

Ce n'est pas seulement dans le rhumatisme que j'emploie cette méthode, mais dans la pneumonie et la pleurésie. De larges vésicatoires, appliqués après les saignées, à l'époque de la maladie où l'on ne peut plus répéter les évacuations sanguines ou chez des sujets qui ne peuvent pas les supporter, rendent de très-grands services. Mais dans le rhumatisme articulaire aigu, je le répète, on ne guérit pas par des vésicatoires seuls, sans les avoir fait précéder par des saignées plus ou moins répétées.

Quant au sulfate de quinine et au nitrate de potasse, on en a considérablement exagéré et les avantages et les inconvénients. Ils sont loin d'être des moyens incendiaires, comme on l'a dit; aussi n'est ce pas pour cela que je les proscris du traitement des rhumatismes graves, mais c'est à cause de leur inefficacité.

Je ne dirai enfin qu'un mot, en terminant, sur la spécificité du rhu-

matisme, admise par M. Martin-Solon. Je considère, avec lui, le rhumatisme comme une maladie générale, mais une maladie essentiellement inflammatoire au même titre que la pneumonie et la pleurésie. Je n'hésite même pas à dire que c'est, à mes yeux, le type de l'inflammation. Il est donc inutile de remonter à l'existence d'une cause spécifique, d'une sorte de virus. Il n'y a pas plus de virus dans le rhumatisme que dans la pneumonie ou la pleurésie.

M. J. Guérin : M. Martin-Solon, en cherchant à caractériser la méthode vésicante, dans le traitement du rhumatisme, en a fait une méthode du même ordre que les méthodes générales. C'est, suivant moi, un manque de précision. Il faut distinguer, dans le rhumatisme articulaire, deux choses différentes : la maladie générale, ce que les anciens appelaient la fièvre rhumatismale, et la lésion de l'articulation. Il y a des méthodes qui s'appliquent à la maladie générale, et d'autres qui ne s'adressent qu'à la lésion locale. Le vésicatoire appartient à cette seconde catégorie, et, sous ce rapport, c'est un moyen excellent. Quant à la maladie générale, ce n'est pas une maladie purement inflammatoire ; aussi les moyens les plus usités en pareil cas, tels que le sulfate de quinine, le nitrate de potasse, l'émétique, ne sont-ils point des antiphlogistiques, mais des modificateurs spéciaux de l'état général.

Le vésicatoire, ai-je dit, ne s'applique qu'à la lésion locale, et il est un des meilleurs moyens qu'on puisse employer contre cette lésion ; cependant il ne réussit pas toujours, et dans les cas de cette sorte, j'ai été assez heureux pour trouver un moyen qui le supplée parfaitement, s'il ne lui est souvent préférable. Je veux parler des *ponctions sous-cutanées*. Voici un cas où cette méthode m'a rendu un signalé service.

Il y a quelques semaines, je me trouvais en présence d'un cas de rhumatisme articulaire des plus rebelles. J'avais employé pendant plusieurs mois, sans aucun succès, les différents moyens habituellement usités, et en particulier les vésicatoires. Indépendamment des douleurs articulaires permanentes, il y avait des accès de douleurs intermittentes des plus violentes, accompagnés de phénomènes généraux. Les antipériodiques, au lieu de faire cesser ces accès, n'avaient fait que les rapprocher et en accroître l'intensité. MM. Andral et Rayer, appelés en consultation, voulurent bien m'encourager à pratiquer de petites ponctions sous-cutanées. Cette opération fut suivie de la cessation immédiate de la douleur ; je ferai remarquer qu'il s'était à peine écoulé une cuillerée à café de sang ; ce n'est donc pas à une évacuation sanguine qu'il faut attribuer cette heureuse influence. Mais un phénomène plus curieux, c'est que dès le premier jour l'accès n'a duré qu'une heure au lieu de 5 heures qu'il avait duré les jours précédents. Le lendemain, je pratiquai une nouvelle ponction sur un autre point douloureux de l'articulation ; cette

seconde ponction, comme la première, fut suivie de la cessation de la douleur, et à dater de ce moment, il n'y eut plus d'accès. Deux autres ponctions furent pratiquées les jours suivants sur d'autres parties restées douloureuses : la douleur disparut également comme elle avait disparu dans les applications précédentes.

J'ai employé cette méthode un assez grand nombre de fois, en ayant toujours le soin de diriger les ponctions vers le siège immédiat de la douleur, et j'ai toujours obtenu le même succès. Je signale ce fait sans commentaire à l'attention de mes confrères. Il est peut être difficile de dire comment les ponctions agissent dans cette circonstance, mais il me paraît impossible de les considérer comme un antiphlogistique et d'en attribuer les bons effets à la petite quantité de sang évacuée.

Quant aux vésicatoires, ils me semblent devoir être considérés à la fois comme un moyen résolutif de l'épanchement et un révulsif de la douleur, et par conséquent comme très-utiles contre les symptômes articulaires.

M. Martin-Solon : Si j'avais eu à faire un mémoire sur l'emploi des vésicatoires, j'aurais pu en parler autrement et d'une manière plus complète que je ne l'ai fait ; mais j'ai dû me restreindre à envisager ce moyen au seul point de vue où s'est placé l'auteur du mémoire. Je n'avais donc pas à rechercher quelles peuvent être ses différentes manières d'agir dans toutes les circonstances où il peut être appliqué.

Quant au moyen dont vient de nous parler M. Guérin, il a peut-être quelque analogie dans sa manière d'agir avec l'acupuncture. J'en viens aux observations de M. Bouillaud. M. Bouillaud, après avoir passé en revue les diverses méthodes de traitements du rhumatisme, conclut en faveur de sa formule de la saignée. J'ai employé aussi la saignée, d'abord à haute dose (de 3 à 4 livres), puis plus tard à doses plus petites et répétées ; je n'ai pas toujours réussi. Ce moyen, d'ailleurs, est loin d'être sans inconvénient; il produit l'hydrohémie, la faiblesse. M. Bouillaud dit que le vésicatoire n'est pas une méthode nouvelle ; non sans doute, mais ce qu'il y a de nouveau dans la méthode de M. Dechilly, c'est la manière dont il l'emploie. Je trouve du reste que les larges vésicatoires sont un moyen tellement douloureux, produisent un tel érethisme, que ce serait rendre un grand service aux malades que de leur épargner l'emploi d'un moyen aussi pénible. Pourquoi donc ne pas leur préférer le sulfate de quinine ou le nitrate de potasse, si l'on peut avec ces agents obtenir le même résultat?

Quant à enlever rapidement le rhumatisme articulaire avant quinze jours, je suis parfaitement de son avis ; mais le nitrate de potasse et le sulfate de quinine enlèvent le rhumatisme aussi complétement et aussi rapidement que les antiphlogistiques. C'est à tort que M. Bouillaud le

conteste. J'ai enlevé pour ma part d'une manière complète, avec le nitrate de potasse, les rhumatismes articulaires les plus aigus et les plus intenses en cinq, six, huit jours, rarement plus, toujours en moins de dix jours, le plus souvent entre le cinquième et le sixième jour.

M. Bouillaud me fait dire que le rhumatisme est dû à une sorte de virus. Je n'ai pas dit cela ; mais peu importe le mot. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il y a dans le rhumatisme autre chose qu'une inflammation. La polyarthritis et la monarthritis sont des affections très-différentes : *naturam morborum demonstrant curationes.*

M. Gerdy : Pour M. Bouillaud le rhumatisme est non-seulement une inflammation, mais c'est le type de l'inflammation. Je ne saurais partager cette manière de voir. Le rhumatisme n'est point une inflammation franche, mais une maladie générale d'une nature spéciale ; j'en trouve la preuve dans son extrême mobilité, dans la facilité extrême avec laquelle il cesse tout à coup ou se déplace. Prenez pour terme de comparaison toute autre inflammation, l'arthrite traumatique par exemple, et voyez si elle présente cette même mobilité. Un autre caractère du rhumatisme, c'est l'absence des lésions anatomiques caractéristiques de l'inflammation. Il suffit qu'une arthrite soit mobile pour dire que ce n'est pas la même maladie qu'une arthrite traumatique. Il y a donc autre chose dans le rhumatisme articulaire que l'inflammation ; cette autre chose c'est l'élément rhumatismal. La preuve que ce sont des maladies différentes, c'est que les antiphlogistiques purs et simples sont les moyens qui réussissent le mieux contre l'athrite traumatique, tandis qu'il faut avoir recours à des formules spéciales pour vaincre une arthrite rhumatismale. Plus M. Bouillaud insistera sur la spécialité de sa formule, plus j'y trouverai la preuve de la spécialité de la maladie elle-même.

M. Rochoux : Au reproche que dans la dernière séance j'adressais au mémoire de M. Dechilly de ne pas distinguer les différentes espèces de rhumatisme, M. Martin-Solon répondait que ce mémoire traitait spécialement du rhumatisme articulaire aigu. Soit. Mais on lit au commencement du second paragraphe du rapport de notre savant collègue cette phrase : « Le rhumatisme aigu ou chronique articulaire fibreux, musculaire, simple ou goutteux, est une des maladies qui, à cause des douleurs atroces qu'elle occasionne souvent et des déformations qu'elle détermine quelquefois, mérite le plus la sollicitude des médecins. »

La réalité de la confusion contre laquelle je m'élevais étant ainsi constatée, vous me permettrez sans doute bien d'ajouter qu'elle doit avoir pour inévitable conséquence d'empêcher d'établir entre les espèces pathologiques ces distinctions sans lesquelles il n'y a ni science médicale ni thérapeutique raisonnable possibles. En pareil état de choses, plus le nombre des observations mal déterminées s'accroît, plus les questions

s'embrouillent au lieu de s'éclaircir, plus la vérité s'éloigne. Si l'on veut rendre la discussion actuelle vraiment utile, il faut, comme je vais essayer de le faire, partir de la connaissance du rhumatisme aigu, articulaire simple, survenant chez un sujet avant cela en parfaite santé. Réduite à ces conditions, dont les exemples ne sont pas rares, la maladie est vraiment une inflammation des plus franches; elle présente les mêmes symptômes, reconnaît les mêmes causes, cède au même traitement que les phlegmasies.

Tout le monde reconnaît le caractère ou l'apparence inflammatoire des symptômes du rhumatisme; mais cela n'empêche pas beaucoup de médecins de nier que ce soit un mal de nature inflammatoire. Ils s'applaudissent sans doute en agissant de la sorte d'avoir trouvé un pendant au fameux non-sens si cher à Sydenham, les *variolæ sine variolis*. Quant à moi, je ne saurais m'élever à cette hauteur de pensée. De son côté, M. Gerdy prétend que dans le rhumatisme il existe une disposition générale étrangère aux phlegmasies articulaires de cause traumatique. J'en conviens volontiers ; car dans les affections de ce genre il n'y a jamais d'état morbide général, ou bien il est toujours consécutif.

Dans les phlegmasies dues, comme le rhumatisme, à l'action toujours générale des causes désignées de nos jours sous le nom d'*agents physiques*, un état général précède et accompagne toujours l'affection locale. Par exemple, un homme bien portant passe une nuit froide au bivouac ; le lendemain il est mal à son aise, il souffre partout, et malgré cela il en est souvent quitte pour une fièvre de quelques jours. Si les mêmes causes ont agi avec plus d'intensité, à l'état général dont il vient d'être parlé, on voit s'ajouter l'affection articulaire, et il y a rhumatisme; ou bien c'est le poumon ou la plèvre qui souffrent, et il y a pleurésie ou pneumonie, mais dans un cas comme dans l'autre, véritablement inflammation. Aussi voit-on toujours, comme M. Bouillaud vient de le démontrer victorieusement, le mal-être avantageusement combattu par les antiphlogistiques, dont l'efficacité peut être secondée par l'emploi des vésicatoires en temps opportun.

Par toutes ces raisons, auxquelles viennent s'ajouter les données fournies par l'anatomie pathologique, je n'hésite pas un instant à considérer le rhumatisme simple comme une affection essentiellement inflammatoire et n'offrant rien de spécial, à part ce qui tient à la texture particulière des parties affectées. Je suis par conséquent bien loin de regarder, à l'exemple de M. Martin, le sulfate de quinine, le nitrate de potasse, les fortes saignées, comme des traitements qui se valent les uns les autres. Appeler l'attention des hommes réfléchis sur une pareille assertion, c'est l'avoir suffisamment réfutée. Je me soucie en outre fort peu de voir invoquer à son aide la théorie du contro-stimulus, concep-

tion physiologique bonne à siffler, comme tant d'autres qui ont eu aussi, elles, leur moment de vogue.

Maintenant, si le renvoi au comité de publication doit être réservé pour les ouvrages d'un mérite éminent, ai-je besoin de vous dire que dans le cas actuel je ne saurais adopter la proposition de M. le rapporteur? La chose n'est pas fort nécessaire.

M. Bouchardat : Je ne partage pas l'avis de M. Rochoux ; je pense, au contraire que le mémoire de M. Dechilly est très-digne d'approbation. Toutes les fois qu'il s'agit de juger une méthode nouvelle, il faut apporter une grande réserve. On parle souvent de choses qu'on ne connaît pas. L'auteur d'une méthode y apporte toujours un grand soin, une grande précision. Il s'attache à déterminer la période de la maladie à laquelle convient la méthode, son opportunité, la manière de l'appliquer, etc. ; tandis que l'on vient ensuite avec deux ou trois expériences se prononcer pour ou contre cette méthode. Ainsi, dans l'espèce, si les vésicatoires ont un effet énergique, c'est précisément parce qu'ils sont appliqués dans une période donnée de la maladie et dans des circonstances déterminées. Pour bien apprécier une méthode, je le répète, il faut se placer au point de vue de l'auteur, et ne se prononcer qu'après avoir bien précisé toutes les conditions de son application.

M. Grisolle : M. Rochoux dit que le rhumatisme articulaire aigu est une inflammation; pour M. Bouillaud, c'est le type de l'inflammation. Pour moi, je crois que l'inflammation n'est pas même un élément du rhumatisme, ce n'en est qu'une complication. Ainsi, mobilité, instantanéité du début, rapidité avec laquelle la maladie atteint son apogée, la rapidité de sa disparition, telles sont autant de circonstances qui démontrent que le rhumatisme est tout autre chose qu'une inflammation. Un autre caractère encore qui différencie le rhumatisme d'avec les inflammations, c'est la persistance de la fièvre après que les douleurs articulaires ont disparu. M Bouillaud me dira que cette fièvre est symptomatique, qu'elle est produite par une phlegmasie latente.

M. Bouillaud : Je n'ai jamais dit cela. Si M. Grisolle se rappelait bien ce que j'ai écrit sur ce sujet, il ne me ferait pas parler ainsi.

M. Grisolle : Soit, mais cette opinion n'en a pas moins été soutenue. Or je maintiens que, dans l'immense majorité des cas, rien ne démontre l'existence de ces phlegmasies. Il y a à considérer ensuite le genre de terminaison ; on ne retrouve jamais, dans le rhumatisme, la terminaison par gangrène et par suppuration, si communes après les inflammations. Je sais qu'on a invoqué des faits en faveur de la terminaison ou rhumatisme par suppuration ; mais ces faits ne sont pas exacts, ce sont des cas où il y a eu coïncidence de phlébite et d'infection purulente. D'ailleurs, pour montrer péremptoirement que le rhumatisme n'est point une in-

flammation, il suffit de le comparer avec la pleurésie, la péricardite, qui le compliquent si souvent, et dont la marche est si différente.

Je disais tout à l'heure que l'inflammation n'est point un élément du rhumatisme, mais une complication, quelque chose de surajouté. C'est un phénomène analogue à ce que l'on voit quelquefois dans une pneumonie, maladie essentiellement inflammatoire, lorsqu'il survient des symptômes adynamiques qui changent complétement les indications, et qu'il faut traiter sans se préoccuper de la maladie primitive.

C'est là une question tres-grave et éminemment pratique; car de sa solution dépend le choix du traitement, et c'est ce qui nous fait repousser la methode antiphlogistique, même employée suivant la formule dite nouvelle, méthode qui, du reste, a été depuis longtemps condamnée par l'expérience.

La saignée, en effet, a été un des premiers moyens usités ; Sydenham, après l'avoir employée avec libéralité, y a renoncé vers la fin de sa carrière. Stoll, qui l'employait aussi, n'a pas tardé à s'apercevoir que la saignée brisait les forces sans user la maladie. Il en est de même de Cullen et des médecins de l'École de Montpellier, de Sauvages entre autres, qui faisait jusqu'à trois saignées par jour. Or trois saignées dans un jour, c'est, je pense, un traitement antiphlogistique d'une certaine énergie, et je ne crois pas qu'on soit allé plus loin de notre temps.

Enfin parmi nos comtemporains, plusieurs ont employé les saignées à très-hautes doses et coup sur coup ; je citerai particulièrement M. Legroux, qui, après en avoir longtemps fait usage, y a renoncé après leur avoir reconnu l'inconvénient de favoriser les récidives et les accidents cardiaques.

SÉANCE DU 21 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Sur la nature et le traitement du rhumatisme musculaire aigu. — M. Bouillaud : L'Académie comprendra que j'aie quelques motifs de me plaindre du genre d'argumentation de M. Grisolle à mon égard. Lorsqu'on reproduit les doctrines de ses adversaires, on devrait au moins les reproduire fidèlement. M. Grisolle m'a prêté des opinions qui ne sont pas les miennes. Je me vois donc dans la nécessité de les rétablir. J'ai dit que le rhumatisme articulaire aigu bien caractérisé, le rhumatisme fébrile, qu'il ne faut pas confondre avec les douleurs fugitives du rhumatisme musculaire, lorsqu'on l'examine avec soin dans sa marche, dans ses symptômes, dans ses lésions anatomiques, dans ses complications et ses coïncidences, ne pouvait laisser aucun doute sur sa nature inflammatoire que tout vient démontrer. Sous quelque rapport qu'on l'envisage, on le voit se comporter à la manière des phlegmasies. Qu'y voit-on en effet?

Autour des articulations : rougeur, chaleur, gonflement, développement des vaisseaux capillaires.

Comme symptômes généraux : appareil fébrile caractéristique de la fièvre angéioténique, type de la fièvre dite inflammatoire par les anciens ; que si l'on retire du sang, on y trouve un caillot dur et consistant recouvert d'une couenne épaisse et une augmentation considérable du chiffre de la fibrine, porté à son maximum, circonstance signalée comme le caractère essentiel de l'inflammation d'après les recherches modernes ; enfin à l'autopsie on trouve des épanchements séreux, une exsudation pseudomembraneuse. Je le demande où peut-on placer une pareille affection, sinon dans les phlegmasies?

Quels sont maintenant les accompagnements du rhumatisme articulaire qu'on avait méconnus jusqu'à nous, faute d'une méthode rigoureuse d'observation? Ce sont : la péricardite et l'endocardite, la pneumonie, la pleurésie, en un mot des types de maladies inflammatoires. Or ces maladies se développant sous l'influence de la même cause, ce qui me les a fait désigner sous le nom de rhumatismes internes, pourquoi voudrait-on qu'elles fussent d'une nature différente?

On m'a également fait dire sur le siége du rhumatisme tout le contraire de ce que j'avais dit. Il était évidemment impossible de ne pas regarder les membranes synoviales comme le siége principal du rhumatisme. Cependant je n'ai pas dit que ce fût là son siége exclusif, j'ai ajouté que les tissus environnants et en particulier les tissus fibreux participaient également à l'inflammation, ce qui est aujourd'hui admis par tout le monde.

Voilà pour ce qui regarde la nature inflammatoire de la maladie. Ce point me paraît mis hors de toute contestation.

Quant à ce qui regarde la localisation du rhumatisme, je suis extrêmement surpris qu'on m'ait reproché d'avoir voulu le localiser quand j'ai été un des premiers à demontrer que le rhumatisme était une maladie générale, une maladie qui procède de l'état du sang lui-même. Il est vraiment singulier de me voir ainsi traité en bouc émissaire de toutes les exagérations précisément pour m'être attaché toute ma vie à apporter dans l'étude des faits la plus grande rigueur et la plus grande exactitude possibles. Dance a parfaitement caractérisé avant moi la maladie qui nous occupe, en disant que c'est de toutes les maladies la plus tenace. Il n'y en a pas, a-t-il dit, d'aussi inamovible, c'est l'expression dont il s'est servi, que le rhumatisme. J'en ai fait voir pour ma part des exemples bien remarquables; et il n'y a pas ici un chirurgien qui n'ait observé que lorsqu'une grosse articulation est prise de rhumatisme, si l'on ne combat immédiatement l'inflammation, celle-ci ne tarde pas à dégénérer en tumeur blanche.

On a parlé des causes. Le rhumatisme diffère-t-il sous ce rapport des autres phlegmasies? M. Grisolle a reconnu lui même, avec Sydenham, Stoll et tous les bons observateurs, que la cause du rhumatisme est le plus ordinairement la même que celle de la pneumonie et de la pleurésie, c'est presque toujours un refroidissement lorsque le corps était en sueur. Ainsi, sous ce rapport encore, analogie parfaite; c'est la même cause qui produit le rhumatisme et les phlegmasies.

J'arrive maintenant au traitement.

On a dit : *Naturam morborum ostendit curatio.* J'accepte cet axiome. Mais la question est de savoir si, quand on a affaire à un rhumatisme articulaire bien caractérisé, à la fièvre rhumatismale, comme disaient si bien les anciens, le traitement antiphlogistique réussit mieux que les autres traitements. C'est ici qu'il faut préciser de plus en plus la question.

Les difficultés que soulèvent les questions du traitement ne peuvent se résoudre qu'au lit du malade. C'est donc à l'aide des faits seuls que j'ai cherché à résoudre celle de la thérapeutique du rhumatisme; ces faits, je les ai publiés en partie, et tout le monde peut maintenant les juger ; mais pour cela, il ne faut pas les tronquer comme on l'a toujours fait; il ne faut pas se borner à dire que je saigne toujours et à tout propos coup sur coup; j'ai au contraire spécifié les cas avec le plus grand soin, et j'ai rigoureusement déterminé la quantité de sang qu'il fallait tirer dans chaque cas donné. J'ai dit, en outre, que dans les cas légers la saignée était inutile, ce qui prouve que je ne suis tombé dans aucune exagération, comme le répètent sans cesse ceux qui, avec la prétention d'être modérés, sont beaucoup plus exagérés que moi. Je mets au défi qui que ce soit de me citer un seul cas dans lequel j'ai abusé de la saignée, dans lequel je l'ai employée sans nécessité, dans lequel j'ai déterminé le plus léger accident.

C'est en catégorisant ainsi les faits que j'ai pu arriver à énoncer cette vérité qu'à l'aide de la formule que j'emploie, pratiquée dans toute sa sévérité, on parvient à arrêter en quatre jours presque tous les cas graves de phlegmasies articulaires, pneumoniques, endocardiques, etc., et rendre la mort une exception presque sans exemple. Cette assertion est basée aujourd'hui sur 3,000 faits rigoureusement observés.

On a dit : par cette méthode, vous allez prolonger la durée de la maladie, les malades ainsi saignés ne pourront pas se relever. S'il est un résultat remarquable de cette méthode, c'est précisément l'abréviation de la durée des maladies. En trois ou quatre jours, un rhumatisme est enlevé. Qu'est-ce qui abat les malades ? C'est la durée des maladies et non les saignées. Le sang se répare avec une grande facilité. Quand on

ne saigne pas et qu'on laisse la maladie suivre sa marche ordinaire, qu'arrive-t-il? Des maladies organiques du cœur.

On m'a opposé Sydenham. Sydenham a en effet préconisé la saignée dans le rhumatisme articulaire aigu; il pratiquait de trois à quatre saignées; mais croyez-vous qu'il fît ces saignées dans un seul jour, comme je le fais? Non, ces quatre saignées, il les faisait dans l'espace de huit jours. Pensez-vous que ces deux méthodes soient comparables? Sydenham pouvait peut-être réussir en agissant ainsi, dans le rhumatisme de peu d'intensité : mais dans les cas graves, je le nie. Mais, nous a dit M. Grisolle, Sydenham a renoncé plus tard à cette méthode, et il nous a cité en preuve un passage d'une lettre de Sydenham à Robert Brady, où il se demande si, pour éviter les inconvénients des énormes pertes de sang qu'exige le traitement du rhumatisme, il ne conviendrait pas de chercher une autre méthode. Cette méthode, qu'il a cherché à substituer à l'usage de la saignée, c'est l'usage du petit-lait et des rafraîchissants. Mais croyez-vous qu'il l'ait généralisée? Non. Il cite un cas, puis il revient à l'usage des saignées, mais avec plus de modération. On voit par là que Sydenham n'avait pas, comme l'a dit M. Grisolle, renoncé du tout à l'usage des évacuations sanguines, seulement il les a employées, vers la fin de sa carrière, d'une manière plus modérée.

L'Académie comprendra que ces rectifications étaient indispensables. Je m'en tiens là pour le moment.

M. Grisolle : M. Bouillaud, en revenant sur la question soulevée dans la dernière séance, ne me paraît avoir refuté aucun de mes arguments. Il ne s'agit pas de dire si le rhumatisme est ou n'est pas une inflammation, je n'ai pas nié l'inflammation dans le rhumatisme, mais la question est de savoir si l'inflammation est un élément essentiel du rhumatisme; or je crois avoir démontré qu'elle n'en était pas même un élément, que le rhumatisme a une existence propre, indépendante de toute inflammation; que celle-ci n'en constitue qu'un accident ou une complication. J'ai prouvé en effet que le rhumatisme se distinguait des inflammations proprement dites par tous ses caractères, par son invasion, par sa marche, sa terminaison. J'ai contesté les prétendues terminaisons du rhumatisme par suppuration; et en effet, je défie qu'on m'en cite un seul cas authentique. Sur les 22 cas de suppuration rapportés par M. Bouillaud dans son ouvrage, il n'y en a pas un seul qui ne soit contestable.

M. Bouillaud : Ces cas ne m'appartiennent pas.

M. Grisolle : Mais vous en avez pris la responsabilité en les publiant. Et d'ailleurs, si vous les récusez vous-même, sur quoi vous appuierez-vous désormais pour admettre la suppuration? Je répéterai donc ce que je disais dans la dernière séance, que le rhumatisme diffère essentiellement par tous ses caractères des inflammations franches.

La question de doctrine résolue, la question de pratique sera bien près de l'être. Si le rhumatisme n'est pas une maladie inflammatoire, le traitement antiphlogistique ne saurait lui convenir. Les faits abondent pour le démontrer. Il y a aussi l'autorité, l'autorité de tout le monde. J'ai cité Sydenham qui, dans sa lettre à Brady, fait amende honorable. Mais nous profitons rarement de l'expérience d'autrui, et alors même que les faits ont prononcé, nous nous mettons toujours à répéter les mêmes expériments. Tout ce que l'on a voulu tenter dans ces derniers temps contre le rhumatisme avait déjà été essayé autrefois. Un homme, à qui je n'ose pas donner le titre de médecin, s'est trouvé qui a osé conseiller de tirer jusqu'à vingt livres de sang dans un jour ; et je vous prie de croire que sa méthode était parfaitement formulée : il voulait qu'on saignât quatre fois par jour (rires et chuchotements) ; et cet homme avait des admirateurs !

Il s'est trouvé d'autres médecins qui, tombant dans une exagération d'un autre genre, se sont demandé s'il ne conviendrait pas de livrer le rhumatisme à lui-même. Il y a ici une observation à faire à l'égard de l'expectation. Je ne crois pas qu'il ait été fait de recherches bien rigoureuses sur la question de savoir quelle est l'influence de l'expectation comparativement aux diverses méthodes actives en usage, sur la marche de la maladie, si elle en prolonge ou non la durée ; je mets de côté la question de mortalité, la mort étant tout à fait exceptionnelle dans le rhumatisme. Eh bien ! quoique les documents nous manquent à cet égard, je n'hésite pas à affirmer cependant que l'expectation ne convient point dans le rhumatisme ; je crois qu'il faut agir.

Ceci me conduit naturellement à examiner la question de la saignée. La saignée convient-elle dans le rhumatisme? Comment convient-il de la pratiquer ? J'ai rappelé qu'autrefois, à Montpellier, elle était en grand honneur ; Sauvages saignait jusqu'à trois fois par jour pendant plusieurs jours de suite. Parmi nos contemporains, il y en a qui saignent beaucoup, d'autres très-peu. Ceux qui saignent beaucoup disent que les malades sont bien plus promptement soulagés et que la durée de la maladie est beaucoup abrégée. Le rhumatisme céderait suivant eux à la saignée entre le premier et le deuxième septénaire, tandis que, par les autres méthodes, il ne céderait qu'au bout d'un temps beaucoup plus long. D'après les calculs qu'a faits à cet égard mon honorable maître, M. Chomel, la durée ordinaire du rhumatisme articulaire serait de deux à trois septénaires ; d'où l'on voit que, dans une maladie d'une durée aussi courte, on peut abréger cette durée encore d'un septénaire, ce serait là un très-grand avantage. Mais voyons si cela est bien vrai.

Il y a plusieurs manières d'évaluer la durée d'une maladie. Pour la plupart des médecins, la durée d'une maladie se calcule à dater de son

invasion jusqu'à la convalescence ; mais il en est qui ne comptent pas ainsi et qui ne font dater la maladie que du jour où ils commencent le traitement, faisant ainsi abstraction de tout le temps écoulé entre l'invasion réelle et l'époque de l'entrée du malade à l'hôpital. Or en rectifiant les calculs faits d'après de pareilles données, M. Requin a vu que des malades que l'on disait guéris en deux septénaires n'avaient guéri en somme qu'en vingt-six ou vingt-huit jours, et quelquefois davantage. Depuis ce temps-là se serait-il opéré quelque prodige? aurait-on habitué le rhumatisme à la saignée comme autrefois Silva voulait y habituer la variole? Si l'on compte bien encore aujourd'hui, on verra que, soit que l'on fasse des saignées abondantes et coup sur coup (de 5, 6 ou 7 livres de sang), ou que l'on ne saigne que modérément et à des distances éloignées, la durée du rhumatisme est toujours à peu près la même. Or je prétends que si les saignées à outrance ne sont pas utiles, si elles n'abrégent pas la durée de la maladie, elles sont par cela même nuisibles ; car il n'entrera dans l'esprit de personne qu'il puisse être indifférent de retirer à un malade 5 ou 6 livres de sang en quelques jours. La saignée, lorsqu'elle n'est pas utile, est nuisible.

J'ai cité des autorités anciennes, j'ai cité Stoll, Sydenham qui avait presque entièrement renoncé à la saignée, parce qu'il avait remarqué qu'elle prolongeait la convalescence, qu'elle rendait les récidives plus fréquentes, et qu'elle constituait une plus grande propension à contracter d'autres maladies. Je citerai des contemporains, je n'en citerai que deux seulement, car le nombre est petit des médecins qui ont osé essayer la méthode des grandes saignées ; ce sont MM. Monneret et Legroux. D'après M. Monneret, les saignées abondantes prolongent la convalescence, ; roduisent la chloro-anémie et rendent plus difficile le traitement que l'on pourrait avoir à opposer ultérieurement aux récidives ou aux rechutes du rhumatisme. M. Legroux va plus loin : il accuse les saignées répétées de favoriser les complications cardiaques. M. Bean a publié des recherches très-importantes qui prouvent que les saignées abondantes déterminent l'hypertrophie du cœur. Je n'ai pas besoin de rappeler l'opinion de M. Louis sur ce sujet ; tout le monde la connaît. Il résulte en un mot de toutes ces observations que plus les sujets ont été affaiblis par les saignées, plus il y a imminence de complications. La théorie indiquait ce résultat, mais les faits le démontrent d'une manière péremptoire. J'ai été frappé, pour mon compte, du grand nombre de complications que l'on voit survenir à la suite des saignées abondantes. Ainsi je vois dans l'ouvrage même de M. Bouillaud que sur 74 cas de rhumatisme, il a constaté 64 fois la complication de l'endocardite.

M. Bouillaud : Oui, mais avant les saignées.

M. Grisolle : J'ai fait un relevé dans le service de M. Chomel, où cette

méthode n'est point en usage, et le nombre des complications a été trouvé beaucoup moins élevé.

En résumé, soit qu'on consulte les doctrines, les faits ou les autorités, on arrive toujours à ce résultat que les saignées sont nuisibles. Cela est si vrai que les élèves même d'une certaine école ne peuvent parvenir à les faire accepter dans leur pratique. Les malades, par une sorte d'instinct de conservation, les repoussent. Pour moi, je ne condamne pas d'une manière absolue les saignées dans le traitement du rhumatisme, mais je repousse les saignées exagérées. Je crois qu'on doit en général leur préférer l'emploi du sulfate de quinine ou de l'opium. Je ne me prononce pas à l'égard du nitrate de potasse que je n'ai pas osé encore employer à des doses aussi élevées que l'a fait M. Martin-Solon.

M. Martin-Solon : La discussion a mis en lumière deux points importants, l'un relatif à la nature du rhumatisme, l'autre concernant le traitement. Pour ce qui concerne la nature du rhumatisme, on peut dire que les différents membres qui ont pris part à la discussion forment deux camps : l'un dans lequel on considère le rhumatisme comme une inflammation franche et même comme le type de l'inflammation ; l'autre, au contraire, où l'on envisage cette inflammation comme étant d'une nature toute spéciale. Cette dernière opinion est la mienne. Si l'on examine le rhumatisme dans sa marche, on est frappé de ce que celle-ci offre d'insolite et d'irrégulier, de la différence qu'il présente avec les inflammations franches, sous le rapport des lésions et des désordres anatomiques. Cependant je ne partage pas entièrement l'opinion de M. Grisolle à l'égard de la terminaison du rhumatisme par suppuration. On voit dans quelques cas l'inflammation rhumatismale se comporter comme elle le fait dans les membranes séreuses et se terminer par suppuration. J'ai trouvé dans ces cas des couches d'exsudation purulente sur la membrane synoviale plus ou moins fortement injectée ; mais ce que je n'ai jamais vu, par exemple, c'est la terminaison par gangrène. Un mot sur le traitement. Pourquoi le traitement antiphlogistique n'est-il pas généralement adopté ? C'est parce que le rhumatisme n'est pas une maladie franchement inflammatoire. M. Bouillaud en convient implicitement lui-même par la nécessité où il est de modifier sa formule. Le traitement antiphlogistique n'est pas adopté par tout le monde ; et la preuve, c'est qu'on en est encore à chercher de nouveaux moyens de traitement : témoin la méthode même qui fait l'objet de cette discussion, l'emploi des vésicatoires dont en définitive nous devrions bien nous occuper un peu. M. Dechilly n'emploie pas les vésicatoires comme tout le monde. Comme M. Bouillaud, il a aussi sa formule ; ce n'est pas un vésicatoire qu'il applique, mais 2, 3, 4, 6, 10, autant qu'il y a d'articulations malades. Pour moi, je ne pense pas que cette méthode puisse

être admise à titre de méthode générale, mais comme méthode particulière, elle peut être parfaitement convenable dans certains cas dont les praticiens auront à déterminer les indications.

M. Piorry : Depuis près de vingt-cinq à trente ans je m'occupe du sujet en litige ; j'ai donc quelque expérience à ce sujet.

De tout temps on a saigné dans le rhumatisme ; car les médecins ne peuvent guère sortir, pour la pratique générale, des évacuations sanguines, des purgatifs, des vésicatoires, des boissons aqueuses, de l'abstinence, etc. : seulement autrefois on déterminait mal les cas ; on saignait sans préciser nettement les circonstances où il convenait de le faire ; on traitait la maladie, et non les organes malades. Le véritable progrès a consisté dans la mesure puisée dans l'état organique, et c'est ce que les modernes ont cherché à faire.

Parmi les auteurs qui ont élucidé l'histoire de l'hémi-arthrite, il est à regretter que, dans la discussion, on ait oublié de citer le nom de Sarcône. Peu de travaux ont été aussi utiles que les siens. Pour lui, la matière rhumatismale est la fibrine en suspension dans le sérum ; c'est la couenne du sang. Or celle-ci se retrouve dans l'hémi-arthrite, la pleurite, la pneumonie, l'érysipèle aigu, etc. ; et jusqu'à présent la chimie n'a fait en rien voir qu'il y eût de la différence entre la fibrine recueillie dans ces cas divers.

Cependant des médecins regardent l'état du sang, dans le rhumatisme aigu, comme le fait du rhumatisme, tandis que d'autres l'attribuent à l'inflammation, tant il est vrai que la nomenclature vulgaire est un affreux chaos dont il était temps de sortir. Il est pénible de parler en public de ses propres travaux ; mais puisqu'on ne m'a point cité, permettez-moi de revendiquer la priorité de certaines recherches.

Quand j'ai vu, en 1823 et 1824, pratiquer des saignées si abondantes, j'ai voulu expérimenter par la pondération comparée sur un très-grand nombre d'animaux les limites du possible. J'ai recueilli des observations sur l'homme, et j'ai lu devant l'Académie un mémoire dans lequel j'établissais que l'on pouvait faire perdre dans une première saignée, et sans provoquer actuellement la mort, jusqu'à la vingt-quatrième partie du poids du corps d'un chien, et que les saignées abondantes ultérieures étaient dangereuses. J'ai prouvé, contre les assertions de Broussais, que le pouls, sous l'influence des pertes de sang, s'accélérait, ce qui m'éclaira sur plusieurs des opinions qui régnaient. On pouvait saigner un assez grand nombre de fois en un jour sans inconvénients, pourvu que la perte ne fût pas très-abondante. Il arriva même qu'un chien perdit en un mois un poids total de sang égal à celui de son corps, et cela sans aucun accident. Des observations sur l'homme conduisent aux mêmes résultats. Ceci explique comment on a pu tirer 20 livres de sang dans

le traitement du rhumatisme ; mais certes il ne convient pas et il n'est pas utile d'en tirer à beaucoup près autant.

C'est de ce mémoire, messieurs, que datent mes principales recherches sur le traitement de l'hémi-arthrite, de la pneumonite, de la pleurite, etc.

La priorité de cette méthode des saignées *réitérées*, que M. Bouillaud a dénommées saignées *coup sur coup*, m'appartient donc. Il est vrai que j'ajoutais les boissons à hautes doses, les cataplasmes sur les jointures malades, l'élévation des membres phlegmasiés, ce que M. Gerdy a appliqué plus tard au traitement des autres arthrites sans me citer.

Il n'y a entre la méthode de M. Bouillaud et la mienne que cette différence, qu'il suit une formule tracée *à priori* tandis que, dans ma pratique, c'est l'état des organes, les qualités et les quantités du sang et de la circulation, l'intensité des accidents qui doivent donner la mesure des saignées et de leur réitération. Ce n'est que cinq mois plus tard que M. Bouillaud fit paraître dans le *Journal hebdomadaire* son travail sur le rhumatisme.

Cette question de date éclaircie, ajoutons que c'est non seulement dans le volume du pouls, mais encore dans la plénitude des veines, dans la coloration des tissus, dans le volume augmenté du cœur, dans un certain degré de matité du poumon en rapport avec les quantités de sang qu'il contient, que l'on doit chercher, dans le rhumatisme articulaire aigu, si l'on peut sans inconvénient tirer encore du sang.

Une longue pratique m'a appris que, sous l'influence des saignées convenablement répétées, tous les accidents se dissipent en très peu de jours (trois jours et demi pour la moyenne.)

Je reviendrai sur les détails de ce traitement dans la première séance. Voici seulement ce que je désire encore ajouter aujourd'hui.

Suivant moi, il n'y a aucune différence fondamentale entre la pleurite, la pneumonite et le rhumatisme articulaire aigu. Dans tous les cas il y a hémite, dans tous les cas les désordres sont les mêmes.

M. Piorry entre ici dans quelques détails anatomiques, symptomatiques et étiologiques, qui prouvent, suivant lui, que le rhumatisme est une inflammation comme la pneumonie.

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

21. *Hémorrhagie de l'ombilic chez les enfants nouveau-nés;* par H.-J. Bowditch, médecin de l'hôpital général de Massachusetts.

(Amer. journal of med. Sciences.)

Madame G. Z***, jeune femme bien portante, et dans une bonne position, acoucha de son premier enfant, le 17 août 1858. La grossesse n'avait présenté aucun phénomène remarquable. L'accouchement fut naturel et la délivrance des plus faciles. Le cordon ombilical tomba le troisième jour, et jusqu'au quatorzième jour que je fus consulté, l'enfant continua à se bien porter : seulement il y avait de temps à autre un peu de suintement sanguin à l'ombilic, avec formation d'un petit caillot. Le quatorzième jour au matin (1er septembre), je fus appelé à cause d'un écoulement de sang plus abondant. Une légère compression suffit pour l'arrêter, et de quatre heures de l'après-midi jusqu'au lendemain matin à quatre heures, il n'y eut plus d'hémorrhagie ; mais elle reparut à cette heure, et je fus appelé à huit heures. L'examen de l'ombilic ne me fit reconnaître rien d'anormal. Il n'y avait pas d'ouverture distincte par laquelle le sang s'échappât; mais du centre de la cicatrice ombilicale il y avait un suintement continuel de sang clair et d'apparence artérielle. Une compresse de charpie diminua l'écoulement pendant la matinée : ensuite j'employai de l'amadou. Mais les mouvements de l'enfant ayant déplacé l'appareil, l'hémorrhagie augmenta. Un bourdonnet de charpie maintenu par le doigt d'un aide arrêta complètement l'écoulement jusqu'à sept heures du soir, que je m'aperçus que la charpie s'imbibait de sang. J'employai alors de légers astringents, tels que le sulfate de cuivre et le sulfate de zinc.

Je prescrivis que l'enfant fût tenu sur les genoux de sa nourrice et que le doigt d'un aide fût toujours placé sur l'ombilic. Mais ces moyens échouèrent, et à quatre heures du matin, j'appliquai le nitrate d'argent, mais sans autre effet que d'augmenter l'hémorrhagie. Après une consultation avec le docteur Hayward, il fut décidé qu'on passerait une double ligature à travers l'ombilic et les parties environnantes, de manière à étreindre le tout. Ce moyen ne suspendit l'hémorrhagie que pendant quelques heures : le sang recommença à couler, et je fis une tentative inutile pour appliquer une autre ligature. Il fallut recourir à une nouvelle opération. Elle fut faite à deux heures de l'après-

midi, au moyen de deux aiguilles placées à angle droit et passées à travers la peau, puis entourées d'une anse de fil comme pour le bec de lièvre. Je pus ainsi comprendre dans la ligature environ trois quarts de pouce de téguments. Cette opération parut suivie d'un succès complet. L'hémorrhagie sembla arrêtée définitivement. Jusque-là l'enfant n'avait point paru souffrir dans sa santé générale : il était fort et vivace ; un peu pâle peut-être, mais les lèvres n'étaient point décolorées. Il tétait bien, et ses déjections étaient naturelles. Les membres et l'abdomen étaient continuellement en mouvement.

Le 5 septembre (3e jour de l'hémorrhagie).—L'enfant paraît bien : il est moins pâle, les lèvres sont roses. Tout semble satisfaisant, si ce n'est que les compresses placées sur l'ombilic sont un peu imbibées de sang et que les selles en contiennent un peu. L'enfant est tranquille et tète énergiquement.

Le 5. Il y a eu trois heures d'agitation pendant la nuit : l'appareil est plus imbibé de sang : il en suinte un peu au-dessous des bandes. L'abdomen est tendu : les selles sont verdâtres. L'enfant semble avoir des coliques légères par moments, mais est tranquille le plus souvent. La bouche est rouge : on n'aperçoit pas d'écoulement de sang dans la bouche, et pourtant du sucre d'orge que l'enfant a sucé, en est taché. Sept grammes d'huile de ricin : trois gouttes d'élixir parégorique après les selles, à répéter s'il y a lieu.

Le 6 L'enfant a bien tèté pendant la nuit : il y a eu quatre déjections contenant du sang, qui est même en caillot dans l'une d'elles ; mais elles étaient généralement liquides et abondantes. Pâleur plus grande de la peau. En dedans de l'articulation du pouce droit existe une petite ecchymose. Pendant la journée, il y a eu plusieurs selles sanglantes : l'enfant a pris 18 à 20 gouttes d'élixir parégorique sous l'influence desquelles il dort tranquille. Il y a un continuel écoulement de sang par l'ombilic qui est couvert d'un large caillot de sang ; l'appareil en est également imbibé. A dix heures du soir, le pouls était lent et petit.

Le 7. Face pâle et anémique : l'écoulement de sang continue : il y a toujours des injections sanglantes, parfois des coliques. Pouls à 98. L'enfant succombe à une heure de l'après-midi. L'autopsie ne fut pas faite.

Au mois d'avril 1840 et de septembre 1843, la mère accoucha de deux enfants bien portants, qui n'eurent pas d'hémorrhagies, et qui sont aujourd'hui vivants.

Mais le 30 janvier 1845 elle eut un enfant mâle qui mourut comme le premier, après des hémorrhagies par l'ombilic. Au

moment de la naissance, il était gros et fort et au-dessus du volume moyen. Pendant plusieurs jours, il parut très-bien portant. Vers le cinquième jour, il survint quelques coliques; toutefois, il tétait et dormait bien. Le méconium n'avait jamais été rendu. Les matières étaient blanchâtres et semblables à de la terre. L'urine, au contraire, avait une couleur orangée foncée, comme si elle était fortement imprégnée de bile. Il y eut pendant quelques jours un léger ictère, mais pas notablement plus marqué que chez les enfants en apparence bien portants. Le cordon ombilical etait plus mince qu'à l'ordinaire : au moment de l'accouchement il ne causa pas d'accident. La chute du cordon eut lieu le cinquième jour, l'ombilic paraissait normal. Il continua de fournir un léger suintement purulent et quelquefois sanguinolent : du huitième jusqu'au dixième jour, il n'y eut pas du tout d'écoulement de sang.

Le dixième jour je fus appelé à cause d'un léger écoulement de sang. J'examinai avec soin l'ombilic : il avait un aspect spongieux, et c'était de la surface de ce point fongueux que le sang sortait, exactement comme cela arrive aux gencives molles et boursoufflées. Le matin la nourrice, en levant l'enfant, avait aperçu une ecchymose au niveau de l'omoplate gauche. Je fis saupoudrer la petite plaie de gomme arabique recouverte d'un plumasseau de charpie. Il y eut très-peu d'hémorrhagie pendant la nuit.

Le 11 février.—Je me trouvai en consultation avec M le docteur J. Jackson : nous convînmes de saupoudrer l'ombilic de tannin, et de maintenir en place un petit tampon d'amadou. Peu de temps après cette application, le sang commença à couler en un petit jet sur l'abdomen.

Cette abondante hémorrhagie, que la compression parvenait quelquefois à modérer un peu, continua tout le jour et toute la nuit. Des compresses pliées en quatre et même en huit furent complètement traversées. Deux autres points d'extravasation de sang au-dessous de la peau parurent au coude droit. D'après l'avis du docteur Jackson, je donnai du calomel (1 grain en deux doses), et 1 gros d'huile de ricin. Je prescrivis aussi du sulfate de soude à la dose d'un grain toutes les heures et on changea la nourrice. L'hémorrhagie n'en continua pas moins. Jusque là, l'enfant avait conservé ses forces; seulement il était plus pâle et avait le teint d'un jaune livide. Il y avait eu deux selles un peu vertes : une selle contenait un filet de sang. L'ombilic fut cautérisé avec soin au moyen d'une aiguille à tricoter. Cette petite opération ne causa que peu de douleur. Immédiatement après la

cautérisation, un petit suintement de sang commença à s'opérer. Il continua, assez abondant, et augmenta dans le courant de la journée sans être toutefois aussi fort qu'avant la cautérisation. Il n'y eut ni caillot ni tendance à la coagulation. A sept heures du soir l'enfant était encore fort et vivace : pouls très-rapide, assez plein : les lèvres sont roses ainsi que le teint et toute la surface du corps. Toutefois, le pronostic étant des plus défavorables, je proposai la transfusion, et je fis même quelques dispositions à cet effet ; mais, d'après l'avis d'un chirurgien appelé en consultation, on y renonça. L'hémorrhagie continua avec de courtes intermissions, et l'enfant mourut le 14 février, à sept heures et demie du matin.

Autopsie 26 heures après la mort. — L'ombilic ne présentait rien de remarquable ; ses bords étaient un peu humides, l'eschare n'adhérait que dans un ou deux points. On ne pouvait découvrir d'ouverture à aucun vaisseau sanguin.

Il n'y avait aucune lésion du système respiratoire. Le cœur avait un volume moyen. Les oreillettes étaient affaissées et vides de sang. Les valvules et les membranes étaient dans un état parfaitement normal. L'aorte et l'artère pulmonaire affaissées. Les artères hypogastriques un peu épaissies, indurées et rouges dans une étendue d'un pouce au-dessous de l'ombilic : on ne pouvait faire passer d'air à travers leurs parois, non plus qu'au travers des parois de la veine ombilicale. A leur intérieur il n'y avait pas de caillots.

L'estomac et l'intestin étaient sains. Le foie, très-volumineux, remplissait l'épigastre et descendait jusqu'à l'ombilic. Il était à l'extérieur d'une couleur couleur jaune ; il était très-mou, et après avoir incisé sa substance, nous la trouvâmes très-altérée. On n'y trouvait pas de substance rouge : il semblait imprégné d'un liquide jaune clair que la moindre pression du scalpel en faisait sortir en abondance. La vésicule biliaire était petite, contractée et ne contenait pas de bile. Sa face interne était blanche et lisse. Les conduits biliaires étaient libres et contenaient un peu de liquide jaune.

Les autres appareils ne contiennent rien d'anormal.

---

22. *Refus des aliénés de prendre la nourriture; moyens d'y remédier; inconvénients de l'alimentation forcée;* par M. Verga.

(Gazzetta medica Lombarda.)

Sans système à faire prévaloir, sans instruments nouveaux à proposer, l'auteur étudie méthodiquement les diverses raisons qui peuvent conduire les aliénés à refuser les aliments, ou à les

prendre d'une manière anormale ; puis il fonde sur cette distinction l'indication des divers moyens à employer selon telle ou telle occurrence. Ce travail, dépourvu de toute prétention exclusive, sera certainement consulté avec fruit par les médecins spéciaux.

Sur les aliénés qui composent la population d'un hospice spécial, les deux tiers environ mangent comme tout le monde ; un tiers seulement s'écarte, sous ce rapport, de la règle ordinaire. Mais parmi ces derniers, il est plusieurs classes dont il faut tenir compte. Les imbéciles ou les sujets frappés de démence ont le plat devant eux, mais ils ne pensent pas à y toucher ; il faut quelquefois les *emboquer* ou les exciter à mâcher, soit par l'odeur des mets, soit en les mettant entre leurs lèvres. C'est de la même façon qu'on détermine le nouveau-né à téter en lui plaçant dans la bouche le mamelon de sa nourrice. L'exemple pourra aussi être utilisé dans le même but. S'ils voient manger autour d'eux, machinalement ils mangeront.

D'autres (ce sont surtout des maniaques), péchant par l'excès opposé, dévorent à table et leur part et celle de leurs camarades ; ce qui ne les empêche pas d'aller, au sortir de ce repas, demander partout un morceau de pain. Nonobstant quoi ils ne manquent jamais de se plaindre auprès des visiteurs étrangers qu'on les laisse mourir de faim. Des hypochondriaques, des paralytiques appartiennent à cette catégorie. Il faut les surveiller attentivement pour qu'ils ne suffoquent pas en avalant précipitamment, ou qu'ils ne gagnent pas des indigestions ou des fièvres gastriques en mangeant ainsi au delà de leurs besoins réels.

Parfois le même malade qui avait obstinément refusé de manger change subitement et devient le plus acharné de ces faméliques.

Quelques-uns outre leurs repas, tiennent toujours dès vivres cachés sur eux, soit qu'ils craignent d'en manquer, soit qu'ils aient des accès de faim soudaine et dévorante. Ceci semble à M. Verga un signe de mauvais augure ; il l'a surtout observé chez les pellagreux et les incurables.

Un certain nombre, heureusement en minorité, et surtout parmi les mélancoliques et les hallucinés, non-seulement ne peuvent se résoudre à manger, mais encore refusent opiniâtrement toute nourriture. Les uns craignent qu'on ne veuille les empoisonner, et il est digne de remarque que, dans cette classe-là, beaucoup, par une contradiction étrange, tentent de se suicider.

Il en est qui hésitent à manger, de peur de faire tort à leur prochain, en consommant ce qui appartient à autrui. Ils entendent des voix qui leur reprochent de dépenser le bien de la maison, de se nourrir d'un pain qui coûte si cher, etc., etc. Ils ont un sentiment profond de leur indignité à vivre.

Enfin il arrive aussi qu'on ne peut deviner le motif qui porte quelques-uns de ces malheureux à repousser la nourriture.

Avec Perfect, j'ai réussi, dit M. Verga, à vaincre parfois cette résistance au moyen des purgatifs, tantôt doux, tantôt drastiques, de l'eau de fontaine stibiée, des sangsues.

Un soin bien important pour faire renaître dans ces cas le désir de manger consiste à varier l'alimentation. Il faut avoir à sa disposition quelques plats un peu plus recherchés. Que de temps on perdrait à vouloir les affriander avec l'ordinaire frugal de l'hospice ! chacun d'eux a ses goûts, son idiosyncrasie spéciale. M. Verga a vu récemment un fou qui ne vivait que de soupe de maïs, à laquelle il trouvait toutes sortes de saveurs : il serait certainement mort d'inanition si l'on n'eût deviné son caprice.

A ceux qui appréhendent d'être empoisonnés, l'infirmier rendra un grand service en dégustant d'abord ce qu'il leur sert, ou mieux en partageant avec eux sa propre ration d'aliments.

Il convient parfois de ne pas se montrer trop préoccupé de leurs refus. N'ayez pas l'air d'y prendre garde ; mais laissez, comme involontairement, un plat devant eux ou à leur disposition, et bientôt ils viendront en goûter d'eux-mêmes.

On peut quelquefois réussir en leur serrant le nez jusqu'à ce qu'ils ouvrent la bouche ; mais on en voit qui suffoqueraient plutôt que de céder. Et d'ailleurs l'aliment, une fois introduit dans la cavité buccale, n'est pas encore hors la volonté du malade qui peut aisément le rejeter. — M. de Filippi a atteint le même but en mettant une pile de 8 disques en communication avec deux aiguilles implantées dans les muscles digastriques. Dès le premier contact du conducteur la bouche s'ouvrit malgré le malade ; et l'impression morale qu'il en ressentit fut telle que, persuadé de son immpuissance à résister contre un semblable pouvoir, il ne faisait plus ensuite de difficulté, et écartait les mâchoires aussitôt qu'on lui parlait de *recommencer l'opération !*

Mais, je le répète, ce n'est pas habituellement là que réside le principal obstacle. C'est pour remplacer la déglutition proprement dite qu'on a proposé l'emploi de la sonde œsophagienne, si bien perfectionnée dans sa construction par M. Baillarger.

Sans parler de la douleur, des ecchymoses, de l'ennui qui résultent de son introduction (et d'où naît, chez quelques fous,

une aversion encore plus marquée pour la nourriture), il est plusieurs considérations à invoquer contre cette conduite.

Comme il est très-difficile de pénétrer la raison qui porte l'aliéné à refuser les aliments, il arrive souvent que le médecin prendra pour un effet de l'obstination pur et simple ce qui tient, en réalité, à une affection organique interne. M. Baillarger parle d'un lypémaniaque qui, nourri pendant cent-soixante-dix jours avec la sonde, mourut néanmoins maigre comme un squelette et offrit deux ulcères superficiels de l'estomac et l'hépatisation d'un lobe pulmonaire. Une dame irlandaise, après quinze jours d'alimentation forcée, recommença à manger volontairement; elle succomba un peu plus tard à un cancer de l'utérus. Un homme, dont la *Gazzetta medica Lombarda* a donné l'histoire, refusait de manger; à l'autopsie, on trouva une tumeur du rectum mettant obstacle à la défécation, et entravant par conséquent les fonctions digestives. Chez les individus peu nombreux, ajoute l'auteur que j'ai violentés pour leur faire prendre des aliments et qui ont fini par succomber, j'ai toujours rencontré des désordres incurables, surtout dans les cavités thoracique et abdominale.

Quelque inconnue que nous soit le plus souvent la cause qui fait repousser les aliments, nous pouvons être sûrs que ce phénomène est ordinairement chez les fous l'expression d'un besoin, ou au moins une déclaration qu'ils n'ont pas besoin de manger. C'est ainsi qu'on s'explique comment ils peuvent vivre des semaines et des mois sans rien ou presque rien avaler, comment ceux qu'on force à prendre de la nourriture périssent avec des lésions considérables des divers organes, comment enfin les jeûneurs les plus opiniâtres finissent, après un certain temps, par reprendre d'eux-mêmes les aliments qu'aucune violence n'avait pu leur faire avaler.

De tout ceci il résulte que le refus de manger doit être considéré non comme une maladie, mais comme un des symptômes peu nombreux par lesquels les aliénés donnent à soupçonner qu'ils sont malades. Cessons donc de les *remplir* de force, puisqu'il est bien reconnu que la nutrition procède non de ce qu'on mange, mais de ce qu'on digère.

M. Verga cherche à donner une idée de ce que les fous doivent souffrir de l'alimentation forcée lorsqu'ils sont effectivement malades, en rappelant combien il eût été tourmenté si on l'eût contraint de manger dans une circonstance douloureuse de sa vie, où le chagrin lui ôta pendant plusieurs jours tout désir de ce genre.

Partant de ces idées, M. Verga abandonne maintenant à eux-mêmes les jeûneurs obstinés, et il les voit presque tous, au bout d'un certain laps de temps, redemander spontanément des aliments. Il raconte que dans le grand hospice de Senavra on a également proscrit le cathétérisme œsophagien forcé ; et lorsque quelques malades poussent le refus un peu loin, le médecin n'a qu'à s'écrier : Allons, il faudra en venir à employer la machine ! cette menace produit immédiatement l'effet désiré.

La sonde œsophagienne, telle qu'elle a été perfectionnée par M. Baillarger, a, cependant, selon M. Verga, quelques indications bien déterminées. Elle convient lorsqu'il y a tendance ouverte au suicide par inanition, déterminée par une idée fixe, rebelle à tout argument logique. Elle trouvera aussi son application dans les cas de stupidité avec suspension des mouvements volontaires de mastication et de déglutition, quand le malade n'oppose qu'une résistance passive. Mais ici l'alimentation mériterait plutôt le nom d'*artificielle* que de *forcée*.

— Il y a du vrai et beaucoup de vrai dans ce qui précède. Le lecteur en tirera cependant d'autant plus de profit qu'il tiendra en même temps compte du parti pris volontairement ce semble par l'auteur de généraliser toutes les idées qui militent en faveur de son système. — C'est aussi pour ne pas défigurer son argumentation que nous avons omis à dessein les reproches qu'il adresse au cathétérisme œsophagien de rappeler les anciens instruments de torture et de dépasser les limites du pouvoir que le médecin peut s'arroger sur son malade. De telles déclamations nuiraient à la meilleure cause.

---

23. *Observations de vagissement utérin*; par M. Vannoni.
(Il Progresso.)

L'auteur rapporte deux cas de vagissement. L'un, produit dans les conditions ordinaires, qui se fit entendre au moment de l'accouchement. L'autre, plus singulier, eut lieu plusieurs fois d'une manière distincte, pendant le dernier mois de la grossesse d'une femme de 32 ans, enceinte de deux jumeaux. Il fut perçu, à l'hôpital, par le médecin, les élèves et les autres malades. Cet accouchement ne présenta ensuite d'autre circonstance remarquable, si n'est que le liquide amniotique sortit écumeux. Les jumeaux étaient une fille et un garçon.

M. Vannoni, expliquant ces faits, dit que pour admettre la possibilité du vagissement utérin, il n'est pas nécessaire de supposer l'entrée de l'air dans les poumons, mais seulement dans la trachée.

Soit physiologiquement, soit par suite de conditions morbides, on ne peut nier le développement et l'accumulation d'air ou de gaz dans la cavité de l'œuf, puis leur introduction dans la trachée.

Cependant cette formation d'air dans l'intérieur de l'œuf intact ne produit pas nécessairement le vagissement. Pour qu'il ait lieu, il faut que ce fluide pénètre dans la trachée du fœtus.

Le vagissement intra-utérin est un fait mécanique, produit de causes mécaniques ; il diffère essentiellement des cris ou gémissements qui se font entendre après la naissance. Ces deux faits se distinguent par la diversité même des phénomènes qui les constituent.

Le vagissement dans l'œuf intact et celui dans l'œuf perforé s'opèrent sous l'influence des mêmes conditions ; ils ne diffèrent que par le mécanisme suivant lequel l'air est entré, ce fluide se formant dans le premier cas au milieu de l'œuf même, dans le second s'introduisant par le vagin.

Quant à leur expression symptomatique, les deux faits ne diffèrent que par l'intensité du son entendu ; elle est plus forte lorsque l'œuf est ouvert que s'il est encore entier.

---

24. *L'attitude et les positions naturelles et anormales du fœtus dans la matrice; effet du système réflexe ou excito-moteur;* par M. Simpson.

(Monthly journal of medical science.)

Pourquoi l'enfant, dans le sein de sa mère, a-t-il le plus ordinairement l'extrémité céphalique dirigée en bas? Deux opinions existent sur ce point. Les uns l'expliquent par la gravitation qui entraîne nécessairement dans ce sens la partie la plus pesante. D'autres le regardent comme un effet de l'action musculaire instinctive et volontaire.

M. Simpson a porté son attention non-seulement sur l'attitude du fœtus, mais encore sur les mouvements qu'il exécute pendant la vie intra-utérine. Ils dépendent, selon lui, de l'action du système réflexe ou excito-moteur.

La première preuve qu'il en donne est que cette attitude, ainsi que ces mouvements, existent parallèlement, sont les mêmes chez les fœtus anencéphales ; ce dont il a lui-même observé plusieurs exemples.

Si, durant le travail, on pique, on pince une partie de l'enfant, la main par exemple, qui est à l'extérieur, il la retire. Ce mouvement appartient certainement à l'empire du système excito-moteur. Or il produit pour la mère une sensation absolument

semblable à celle que lui causaient les mouvements exécutés par le fœtus pendant la grossesse.

Une autre considération est invoquée par l'auteur à l'appui de sa thèse ; mais celle-là, malgré tout le respect que doit inspirer l'autorité de Marshall-Hall, ne nous paraît pas, à beaucoup près, la plus décisive. En délimitant le but, l'objet physiologique des mouvements réflexes, le célèbre physiologiste a écrit qu'ils « président à deux importantes classes de fonctions, savoir celles qui ont rapport à la conservation de l'individu et celles qui concernent la propagation de l'espèce. » Or, remarque M. Simpson, il serait difficile d'exprimer en termes plus précis et plus significatifs la destination que remplit la position de la tête au moment du travail.

Après ces considérations préliminaires, l'auteur entrant plus directement dans son sujet, fait d'abord observer que, au terme de la gestation, le fœtus représentant un ovoïde dont l'extrémité la moins évasée est formée par la tête, doit naturellement correspondre de tout point à l'ovoïde de même forme que constitue la cavité utérine ; comme cette dernière a sa plus petite extrémité en bas, c'est par conséquent dans ce sens que la tête doit se porter.

Ce ne serait pourtant pas assez de cette adaptation physique si un pouvoir vital n'était là pour la maintenir, ou la rétablir quand elle est momentanément interrompue. Ainsi la situation du fœtus vient-elle à être modifiée par un mouvement de la mère, aussitôt les membres de celui-là exécutent une série de mouvements réflexes, actifs surtout de la part des extrémités inférieures, lesquels lui font regagner la position qu'il avait perdue. En d'autres termes, il se meut jusqu'à ce qu'il ait repris la situation où la surface de son corps subit la moindre compression possible.

Peut-être objectera-t-on que la masse liquide au milieu de laquelle le fœtus est plongé rend pour lui plus sensible l'influence des mouvements de la mère. Cela est vrai. Mais cette même raison physique qui explique combien les déplacements de son corps sont faciles, rend également raison de la facilité avec laquelle la situation primitive est ensuite rétablie.

Avant le sixième mois l'utérus a, dans son intérieur, une forme arrondie plutôt qu'ovoïde. Il contient une quantité de liquide amniotique proportionnellement plus considérable. Enfin le fœtus n'est pas encore pelotonné sur lui-même de manière à représenter un corps ovoïde. Par ces trois motifs, on comprend pourquoi les présentations de la tête n'ont lieu bien fréquem-

ment qu'à la fin de la grossesse. Ce fait est mis en évidence par un tableau statistique que M. Simpson emprunte à la pratique de M. P. Dubois. Il en résulte que sur un total de 436 accouchements, la présentation de la tête a eu lieu 52 fois sur 100 avant la fin du sixième mois ; 68 fois sur 100 pendant le septième ; 76 fois sur 100 pendant le huitième et le neuvième ; enfin 96 fois sur 100 à terme.

L'action d'une puissance vitale doit encore s'ajouter à ses conditions matérielles pour que la tête se dirige en bas. Effectivement elle ne prend pas cette position chez le fœtus mort. Bien plus, M. Simpson a établi que lorsqu'il meurt pendant le cours de la gestation, cette circonstance peut faire ensuite varier la situation de la tête.

Quelle est la nature de ce pouvoir ? D'abord il faut reconnaître que les fléchisseurs ont une contraction ou une tonicité supérieure à celle des extenseurs dans les extrémités abdominales. Aussi l'enfant maintient-il les membres inférieurs fléchis avant et après la naissance. Au moment de l'accouchement, si on les lui pince, il les replie. C'est ainsi que l'on comprend pourquoi les mouvements qu'il exécute dans le sein de sa mère aboutissent tous à donner en définitive à l'ensemble de son corps la forme ovoïde.

Ces mouvements, avons-nous dit, sont de nature réflexe ; or une loi admise de tous les physiologistes veut que les nerfs réflexes soient toujours excités à agir par l'impression de causes physiques s'exerçant sur les extrémités périphériques des nerfs incidents. Ici ces causes consistent surtout dans les changements d'attitude de la mère. Lorsque, par suite d'un de ces changements, la surface du fœtus est comprimée dans quelque point contre celle de l'utérus, l'irritation qui en résulte joue le rôle d'un stimulant *exciteur* qui suscite des mouvements réflexes, calculés pour dégager le membre ou la région quelconque comprimée, de cette situation pénible. La pression du stéthoscope, l'application de la main, éveillent parfois de semblables mouvements, que le chirurgien peut alors parfaitement apprécier. Ils sont, dans certains cas, portés à un degré tel que la femme enceinte, après les avoir produits en se penchant, par exemple, fortement en avant, est obligée de se redresser pour faire cesser la gêne qu'ils lui font éprouver. Ce rétablissement de la situation première, c'est-à-dire de la forme ovoïde, est principalement réalisé par les membres inférieurs, dont la vitalité l'emporte toujours sur celle des supérieurs.

Après la naissance, il est certaines parties du fœtus où une

irritation exercée sur la peau produit des mouvements réflexes plus prononcés qu'ailleurs : ce sont la plante des pieds, les genoux et les côtés de la poitrine. L'excitabilité plus grande de ces parties est encore prouvée par ce fait que, même sur un membre paralysé (comme on le voit dans la paraplégie et l'hémiplégie), leur chatouillement détermine encore des mouvements, alors qu'il reste insensible à l'irritation des autres régions. Cette propriété diminue à mesure que le sujet avance en âge. Or elle est évidemment liée à la motilité du fœtus avant la naissance. On remarque, en effet, que les parties dont la titillation suscite le plus sûrement les contractions réflexes sont justement celles qui se trouvent le plus en contact avec la surface utérine, et reçoivent le plus souvent les stimulations extérieures.

Les mouvements réflexes, éclipsés durant la vie extra-utérine par les actes de la myotilité volontaire, s'exercent chez le fœtus, mais sont bornés à ceux dont nous venons d'indiquer le but. Ceux dont la succession produit la déglutition, la défécation, la succion, etc., ne pourraient, en effet, s'accomplir sans danger à cette époque. Ils commencent en général vers le milieu de la gestation, au moment où la mère perçoit les mouvements elle-même.

Quant aux présentations autres que celle de la tête, elles sont jusqu'ici restées pour les auteurs classiques complétement inexplicables. La théorie de M. Simpson se flatte, au contraire, d'en pénétrer l'origine, la cause première; elle y trouve même un argument de plus en sa faveur. Selon le professeur d'Édimbourg, les mauvaises présentations tiennent ou à la précocité du travail, commencé avant que le fœtus ait pris sa position naturelle, ou à sa mort, qui a empêché l'action réflexe de l'exercer ; à des causes qui altèrent la configuration du fœtus (corps contenu) ou de l'utérus (corps contenant), et forcent le premier de prendre dans ses mouvements une position exceptionnelle, mais en rapport avec les circonstances où il est placé ; enfin à des causes qui déplacent physiquement le fœtus ou l'une de ses parties, soit durant les derniers temps de la grossesse, soit au commencement de l'accouchement.

La démonstration de plusieurs de ces points a reçu de la part de M. Simpson des développements pleins d'intérêt. Ni recherches statistiques ni considérations tirées de la physiologie et de la pathologie n'ont coûté à l'auteur pour édifier et asseoir sa doctrine. Ainsi, sous le rapport de l'influence que la mort du fœtus exerce sur sa présentation, il déduit d'observations nombreuses que : 1° les présentations de la tête sont de seize fois

sur cent moins fréquentes chez les enfants morts que chez les vivants ; 2° celles de l'extrémité pelvienne sont cinq fois plus fréquentes ; 3° les présentations en travers sont quatre fois plus fréquentes (toujours sur les enfants morts).

Pour ce qui est des maladies du fœtus qui altèrent sa configuration, se bornant à parler de l'hydrocéphale, qui est la plus fréquente, il rapporte, d'après M. Th. Keith, que sur 69 cas de ce genre, il y eut 59 présentations de la tête et 10 du pelvis. Rappelons que, pour les fœtus bien conformés, la proportion des présentations de la tête est de 96 sur 100, et celle des présentations du pelvis de 1 sur 31.

Sur quinze exemples de double monstruosité, la présentation des pieds a eu lieu neuf fois et celle de la tête six.

Dans les naissances de jumeux, on a observé, sur 1,615 cas, 1,084 présentations de la tête, 498 de l'extrémité pelvienne et 33 présentations en travers.

Les contractions spasmodiques qui tourmentent certaines femmes pendant les derniers mois de la grossesse altèrent quelquefois, surtout quand elles sont partielles, la forme de la cavité utérine au point de forcer le fœtus à prendre une position anormale. Rigby dit que les présentations transversales sont souvent précédées de douleurs spasmodiques graves dans l'abdomen, qui durent quelques semaines avant l'accouchement. Nœgèle a soulagé d'accidents semblables une femme qui, les ayant déjà éprouvés pendant cinq grossesses précédentes, avait toujours eu des présentations du bras ou de l'épaule. Cette dernière fois, les spasmes ayant été heureusement combattus par des injections opiacées, la présentation fut naturelle.

La partie inférieure de l'ovoïde utérin se forme principalement après le sixième mois par le développement du col ; mais lorsque le placenta y est implanté, on comprend qu'elle est plus ou moins gênée pour acquérir sa forme naturelle. Aussi, dans ces cas, le fœtus peut-il être forcé, par les changements survenus dans la cavité contenante, de prendre une position non naturelle. D'après un tableau comprenant le relevé de 366 faits, M. Simpson établit que, dans le cas d'implantation du placenta sur le col, la présentation de la tête n'est que de 85 sur 100, tandis que celle du pelvis l'est de 1 sur 9, et la présentation transversale de 1 sur 21.

L'angustie pelvienne exerce aussi une grande influence sur le phénomène qui nous occupe. Pour en bien juger dans le cas qui en offre l'exemple le plus prononcé, c'est-à-dire dans l'opération césarienne, M. Simpson a pris la peine de rassembler

44 observations de cette opération, où l'on a tenu compte de l'espèce de présentation. Or la présentation de la tête a été de 68 sur 100, celle du pelvis de 1 sur 5, et la transversale de 1 sur 9. (Les chiffres qui expriment la proportion de ces trois présentations dans les accouchements naturels sont, comme nous l'avons dit plus haut, de 96 sur 100, de 1 sur 31 et de 1 sur 224.

Il existe une telle proportion entre le grand axe de l'utérus et la longueur du fœtus que des coups portés sur la région hypogastrique ne peuvent, à terme, changer la position du fœtus. Ceci n'arrive que si exceptionnellement le fœtus est très-petit, la quantité de liquide amniotique considérable, ou le coup reçu par la mère violent. Si, au moment de l'accouchement, la tête, retenue par un obstacle quelconque, remonte, et qu'une présentation primitivement normale se change consécutivement en présentation anormale, l'action réflexe ne doit pas être étrangère à cette évolution, que les contractions utérines ont d'abord suscitée.)

Parmi les causes que nous venons d'énumérer, quelques-unes produisent certaines espèces de mauvaises présentations, et d'autres des espèces différentes : ainsi la statistique a prouvé à M. Simpson que la présentation transversale est surtout déterminée par l'implantation cervicale du placenta et par l'étroitesse du bassin. En effet, ces causes gênant le développement en longueur de l'ovoïde utérin, son diamètre transversal, qui se trouve alors proportionnellement plus étendu, est mieux disposé pour recevoir l'axe le plus long de l'ovoïde fœtal : d'où résulte la présentation transversale. Au contraire, les causes qui agissent sur le fœtus occasionnent de préférence les présentations de l'extrémité pelvienne : telle est surtout l'hydrocéphale ; et la statistique prouve, en effet, que l'hydrocéphale est de toutes les conditions morbides précédentes celle qui produit le moins fréquemment la situation du fœtus en travers.

C'est un fait aussi généralement reconnu que mal ou point expliqué, savoir que la même femme a très-souvent, dans ses couches successives, des présentations vicieuses, soit de même, soit de différentes espèces. La théorie de M. Simpson rend ce fait facile à comprendre. En effet, si plusieurs de leurs causes sont accidentelles, et susceptibles d'être prévenues ou traitées, il en est d'autres qui, liées à la constitution même de la femme, doivent revenir inévitablement à chaque nouvelle grossesse. Ainsi, pour prendre un exemple, la partie inférieure de la cavité utérine peut être déformée à chaque nouvelle grossesse par un vice de conformation du bassin. Ce resserrement de la ceinture

osseuse empêchant son plein développement, le force constamment à prendre une forme et un type particuliers ; et ce type, à son tour, oblige le fœtus à prendre une position spéciale non naturelle, pour s'adapter et s'accommoder à la forme de la cavité utérine. Une malformation de l'utérus même amène des résultats identiques. Les auteurs en citent de nombreux et remarquables exemples. Dans ces circonstances, la même déviation de l'ovoïde utérin entraîne, aussitôt que la femme redevient grosse, la même déviation de la position *adaptive* normale du fœtus.

— Le lecteur qui aura suivi avec l'attention qu'elles méritent l'enchaînement de ces diverses propositions se prononcera sans peine sur leur valeur comme démonstration du théorème que l'auteur avait prétendu établir. A notre avis, M. Simpson a pris ici la seule marche qui pouvait le conduire à un résultat profitable. Ayant à scruter des phénomènes que leur nature, que leur profondeur rend impénétrables, il a sagement fait de renoncer à les vouloir constater. Les supposer réels, puis montrer comment tous les problèmes de la grossesse et de l'accouchement s'expliquent et s'éclaircissent, dans cette hypothèse, tel a été le plan qu'il a préféré, et dont il a tiré parti avec sa supériorité ordinaire. S'il ne l'a conduit qu'à des probabilités, c'est que, dans cette voie, on ne pouvait guère ambitionner plus sans s'exposer à tomber, à travers les sophismes, dans l'erreur.

---

25. *Cas de calcul vésical d'oxyde cystique, enlevé par l'opération* ; par M. J. Miller.

(Monthly journal of medical science.)

La composition chimique dont ce fait offre l'exemple mériterait déjà l'intérêt, en raison de sa rareté. Mais il y a encore de plus ici cette remarquable circonstance d'un calcul formé à deux reprises, de la même manière, et chaque fois sous l'influence d'une cause traumatique. Ce point de départ exceptionnel n'a-t-il pas été pour quelque chose dans la nature singulière de la concrétion urinaire ?

Obs. — Un nommé Charles Irving reçut à 14 ans un coup sur le périnée pendant qu'il était à cheval. Ses urines devinrent sanguinolentes ; mais il se rétablit néanmoins en peu de jours.

Au bout de dix ans, il eut une rétention d'urine, et commença à rendre par l'urètre de petits graviers. Huit ans après, c'est-à-dire en 1832, les symptômes d'un calcul vésical se déclarèrent, et il fut opéré en 1834 par Liston, qui retira une pierre ovoïde de près de 3 pouces de longueur et pesant 5 onces. Elle

figure actuellement au musée du collége de l'Université, sous ce titre : *calcul de cystine pure.*

Le patient bien guéri, sauf quelques douleurs dans les jambes, fit en 1843 une chute de voiture, qui, au dire de son médecin, lui fractura l'épine. Il en résulta une paraplégie incomplète, que l'application de deux sétons finit par améliorer.

Dix-huit mois environ après cet accident, les signes de la pierre reparurent. Reçu le 6 février 1849 à l'hôpital, il fut opéré le 14 par M. Miller. « Je pratiquai l'incision, dit ce professeur, du même côté et sur la cicatrice même laissée par l'ancienne incision de Liston. Les parties, il est vrai, semblaient plus rigides que d'ordinaire ; elles se laissaient moins aisément dilater, et nécessitèrent plus souvent l'emploi du bistouri. Mais c'était pour moi cependant une satisfaction particulière que de suivre ainsi pas à pas la trace d'un si grand maître. Et d'ailleurs la structure dense des tissus divisés me donnait plus de garanties contre le danger de l'infiltration urinaire consécutive.

Le malade guérit en effet et quitta l'hôpital justement un mois après l'opération.

Le calcul, d'un pouce 2/5 de longueur et pesant 3 drachmes 15 grains, est recouvert d'une couche blanche de phosphate ammoniaco-magnésien, d'une ligne d'épaisseur.

Au-dessous, le calcul lui-même est rugueux, dur, et d'une couleur jaune verdâtre.

Divisé, il présente un noyau central ovoïde très-dense, mais contenant quelques excavations. Ce noyau constitue à peu près un quart du calcul.

La partie qui entoure ce noyau est de plus en plus dense à mesure qu'elle s'en rapproche. Elle est formée par l'agrégation de petits grains qui, lorsqu'on meut le calcul, reflètent la lumière comme les faces brillantes des petits cristaux.

Examiné par M. Maclagan, il présenta de beaux cristaux d'oxyde cystique, de forme hexagonale, et l'on trouva dans un morceau, analysé chimiquement, tous les caractères assignés à l'oxyde cystique. (L'observation n'est pas plus explicite à cet égard.)

En général, les calculs d'oxyde cystique sont purs, c'est-à dire formés entièrement de ce produit. Le docteur Willis dit ne connaître que deux cas où une autre diathèse semble avoir alterné avec celle qui détermine la séparation de cet oxyde, et dans ces deux cas, c'était la diathèse lithique. Ici l'on a eu affaire à une sécrétion de phosphate ; mais il est presque certain qu'elle fut causée par la maladie de la moelle, survenue intérieurement.

26. *Cas de renversement de l'utérus causé par un polype, et enlevé avec succès par l'instrument tranchant;* par M. Higgins.

(Monthly journal of medical science.)

Obs. — Juliana Virgin, âgée de 17 ans, fut reçue à l'hôpital le 20 avril 1843 pour une affection de l'utérus supposée cancéreuse. Cette jeune fille, *vive brunette*, n'avait jamais eu ni accouchement ni fausse couche.

Toujours bien portante jusque-là, elle eut pour la première fois ses règles il y a six mois; mais l'indisposition, assez vaguement caractérisée, qui avait accompagné ce phénomène cessa avec lui au bout de trois ou quatre jours. Les douleurs reparurent vers la fin de novembre 1842, époque où les règles revinrent. Cette fois la ménorrhagie se prolongea, et fut compliquée de sensibilité vive à l'hypogastre. Enfin, au bout d'un mois, elle fut encore guérie.

Vers les premiers jours d'avril 1843, elle fut prise d'une nouvelle perte sanguine très-abondante, avec des douleurs comme expulsives, siégeant dans l'utérus, et ressemblant à celles du travail ; elles persistèrent quelques heures, puis cessèrent soudainement, et la malade découvrit alors un corps volumineux qui remplissait le vagin et faisait saillie hors des lèvres. Après quelques jours de soins inutiles reçus chez elle, elle se décida à entrer à l'hôpital, où l'on constata l'état suivant :

Faiblesse extrême ; pouls bas, mais calme et régulier ; appétit assez passable. Elle se plaint surtout de douleurs *tiraillantes* qui occupent l'abdomen à sa partie inférieure, ainsi que les reins, et la privent complétement de repos.

On découvrit à l'entrée des parties génitales une masse ferme, comme charnue, couverte à sa base par une autre grosseur insensible, fongoïde, de consistance spongieuse. Ces deux tumeurs distinctes, mais unies, avaient entre elles deux un volume comparable à celui du cœur d'un adulte. En examinant de plus près, on distingua qu'elles étaient unies par un pédicule large d'un demi pouce et un peu moins long, naissant du centre de la première et allant se perdre dans la seconde. La plus grosse des deux couvrait sa voisine, plus consistante, comme si elle avait été pressée et applatie par elle. Quelques ulcérations à la surface laissaient échapper un écoulement sanguinolent et fétide.

La première idée du médecin fut qu'il s'agissait d'un polype poussé lentement au dehors par une sorte de travail graduel et spontané. Mais pour mieux discerner la nature de ces tumeurs, on résolut d'enlever d'abord celle qui offrait le moins de consis-

tance : on en vint aisément à bout avec le manche d'un scalpel. Cependant le pédicule, de tissu plus ferme, dut être coupé. La partie restante parut alors sous forme d'un masse ovoïde, ferme au toucher, très-sensible, du volume d'un œuf de dinde. Sur le fond de quelques abrasions qu'offrait sa surface, on apercevait la trace de fibres semblant être de nature musculaire. En touchant par le vagin, au lieu de l'orifice dilaté du col qu'on s'attendait à trouver, on fut arrêté à 3 ou 4 pouces de profondeur par un cul-de-sac, et immédiatement au-dessous de lui, on sentit un bord ou bourrelet saillant, *encerclant* le sommet de la tumeur. Les rugosités de la surface (qui contrastaient avec le lisse de celle d'un polype), l'absence sentie au-dessus du pubis de tout corps représentant l'utérus, enfin les commémoratifs, éveillèrent à l'instant dans l'esprit de M. Higgins la pensée qu'il y avait là quelque chose de plus sérieux qu'un polype.

Selon lui, c'était un des cas où le pédicule du polype étant très-court, celui-ci ne peut sortir sans entraîner avec lui et renverser la matrice. C'était donc le polype qu'on venait d'enlever, et ce qui restait maintenant était l'utérus renversé. Mais les collègues de M. Higgins ne partageant que difficilement cette manière de voir, il chercha à leur en prouver la justesse en leur faisant voir sur la surface de cette tumeur l'orifice des trompes de Fallope. Et effectivement il fut assez heureux pour les découvrir, et pour pouvoir introduire dans chacune d'elles une soie de porc à 2 ou 3 pouces de profondeur.

Pendant ces longues manipulations, la jeune malade ne se sentit que très-peu fatiguée, et perdit à peine 6 à 7 onces de sang.

Après avoir essayé inutilement de réduire l'utérus, l'auteur envoya la malade au lit, se réservant d'agir ultérieurement selon que les circonstances paraîtraient l'exiger.

La malade parut d'abord aller assez bien ; mais au bout de quelques jours, la sécrétion abondante qui s'opérait par les surfaces à découvert commença à l'affaiblir. Le fond de l'utérus s'enflamma de plus en plus, et s'excoria par places. En dépit des soins de propreté, du repos complet, de la diète tonique, ces symptômes, dûs au contact de l'urine et aux frottements, allèrent toujours en augmentant. Il s'y joignit de vives douleurs du bas ventre et des reins. Bref, l'état devint bientôt assez grave pour faire craindre une mort prochaine. L'écoulement surtout persévérait, malgré de fréquentes lotions chlorurées, avec une abondance extrême.

M. Higgins prenant en considération la santé antérieure de

cette jeune personne, l'impossibilité de réduire, le peu d'importance de l'utérus comme organe essentiel à la vie, se décida, sur les instantes prières de la malade, à en faire l'ablation. Il y fut d'autant plus fortement porté que, s'il devait rester dans cette situation, l'utérus ne pouvait assurément plus exercer aucune de ses fonctions.

En conséquence, le 5 mai 1843, la malade ayant été placée comme pour la lithotomie, il fit tirer l'utérus en bas, et entoura le vagin, aussi haut que possible, avec un ruban ou cordon aplati ; puis, l'ayant serré, il excisa immédiatement au-dessous l'utérus tout entier, avec un bistouri garni de linge jusqu'à 1 pouce de son extrémité. Ceci fut exécuté en quelques secondes, et presque sans hémorrhagie.

Après avoir introduit un spéculum à deux valves dans le vagin, M. Higgins passa trois points de suture à travers ces tissus, à très-peu de distance du bord divisé, dans le but d'en provoquer la réunion par première intention. A ce moment, il essaya de relâcher un peu le cordon ; mais un flot de sang qui s'échappa à l'instant l'obligea de le serrer de nouveau, mais pas cependant au point d'avoir à craindre qu'il déterminât la gangrène. La double canule qui le maintenait à ce degré de striction fut appliquée contre l'une des cuisses. Il mit une éponge mouillée dans le vagin et fit coucher l'opérée.

Elle avait bien supporté ces manœuvres, mais se plaignit ensuite beaucoup de la souffrance qu'elles lui avaient causées. Vives douleurs dans le ventre et les lombes (Larges doses de laudanum donné dans un peu de vin.)

Quatre heures après. Elle a un peu dormi, mais se plaint toujours. Pouls à 100, régulier, mais faible. Elle accuse de la sensibilité dans l'abdomen ; cependant la pression au-dessus du pubis est parfaitement bien supportée. Le cathétérisme lui procure du soulagement. On relâche encore le cordon ; mais la disposition à saigner se manifestant, il faut le serrer derechef, moins toutefois qu'auparavant.

Le 6 mai, elle a passé la nuit un peu mieux, sans nausées, mais accusant souvent de la soif. Pouls à 120. Elle urine d'elle-même. Pas de douleurs à la pression. Elle est encore très-faible. On relâche le cordon ; pas d'apparence d'hémorrhagie.

Le 7, elle n'a plus que quelques douleurs de reins. Pouls à 110, un peu plein. Il n'y a aucune envie de prendre des aliments. On enlève le cordon, ainsi que l'éponge, et on nettoie la partie. La plaie de l'incision se cicatrisant convenablement, on coupe les

fils des sutures. Elle prend un œuf. (3 grains de calomel et 5 grains de poudre de Dower, demain matin.)

Le 8, grande amélioration ; il y a eu deux selles. L'appétit est revenu.

La guérison n'éprouva plus dès lors aucun arrêt, et au bout de deux mois, la malade quitta l'hôpital, entièrement rétablie. Le vagin avait 3 pouces de longueur et se terminait par un cul-de sac, sur le milieu duquel on sentait une ligne de cicatrice.

L'auteur a depuis lors revu plusieurs fois sa jeune opérée.

Le 19 février 1844, elle vint auprès de lui, ayant fait trois milles en une heure, sans être fatiguée. Elle se sentait très-bien, à part la menstruation qui manquait ; elle était pleine de reconnaissance.

Le 20 juillet de la même année, elle fit savoir qu'elle n'éprouvait autre chose que des douleurs dans les reins, revenant périodiquement une fois par mois, et durant chaque fois deux ou trois jours ; mais il n'y avait jamais eu aucun écoulement qu'on pût regarder comme tenant lieu de la menstruation.

Ces douleurs périodiques allèrent ensuite en diminuant de fréquence, d'après ce qu'elle dit en dernier lieu à M. Higgins en mai ou juin 1848.

L'utérus extirpé avait 3 pouces de longueur et 2 pouces et demi de largeur, à son fond. En le divisant, on reconnut dans sa cavité la tunique péritonéale et quelques parties des ligaments, ronds et larges, ainsi que les trompes de Fallope, contenant encore les soies qui avaient servi à en démontrer la situation.

M. Higgins fait suivre l'histoire de ce cas de quelques considérations propres à justifier le parti hardi qu'il a cru devoir prendre. Il cite d'abord des exemples de polype ayant amené le renversement de l'utérus. Celui qu'il emprunte à M. Oldham mérite d'être connu comme appartenant à une femme vierge. Cet auteur raconte qu'une vieille fille, de 50 à 60 ans, vierge, avait eu d'abord des hémorrhagies, puis un écoulement d'une matière très irritante. Comme elle n'avait jamais voulu se laisser examiner, on ne put reconnaître la nature de sa maladie qu'à l'autopsie. On découvrit, en effet, un polype intimement adhérent à la corne droite de l'utérus, lequel organe était complétement renversé. Le docteur Crosse a vu un cas semblable dont la préparation est conservée dans le musée de l'hôpital Saint-Barthélemy. Von Sanden, Davis, Churchill et Brown rapportent aussi des exemples d'inversion utérine causée par un polype.

Quant au signe diagnostique consistant dans la présence de l'orifice des trompes fallopiennes à la surface de la tumeur,

M. Higgins prévient avec raison que s'il manque, ce n'est pas une raison pour en conclure qu'il ne s'agit pas d'un cas d'inversion utérine ; car l'orifice de la trompe peut être là sans qu'on parvienne à le découvrir. Ordinairement néanmoins cette manœuvre n'est pas difficile, et n'exige même point pour réussir une dextérité hors ligne.

Pour ce qui regarde l'extirpation de l'utérus, c'est une opération parfaitement indiquée dans des conditions pareilles. On trouve dans les traités classiques une foule d'exemples de succès obtenus à la suite de cette excision. M. Churchill a rassemblé les noms de vingt-deux auteurs qui l'ont pratiquée heureusement après un prolapsus ou un renversement complets.

Le *Journal medico-chirurgical d'Édimbourg* contient un exemple remarquable de l'innocuité de cette opération : il y est question d'une femme de faible constitution qui eut un accouchement heureux ; le placenta vint aussi avec facilité. La sage-femme qui l'assistait ayant introduit la main dans le vagin, sentit une tumeur qu'elle prit pour un second enfant ; elle tira sur lui avec tant de force qu'elle détacha l'utérus lui-même de ses connexions et finit par le séparer du vagin avec un bistouri et l'extraire en entier. La femme fut guérie en trente jours.

— La conduite tenue dans le cas précédent nous paraît mériter de tout point l'approbation. Deux points suffiraient pour le prouver (et ils sont parfaitement acquis à la science) : d'une part, la léthalité certaine d'un semblable renversement utérin abandonné à lui-même ; de l'autre l'innocuité, comparativement très-grande, de l'extirpation de l'utérus ainsi déplacé.

C'est en conséquence de cette dernière vérité, dont il était bien convaincu, que nous vîmes en 1854, à l'Hôtel-Dieu, Sanson chercher à provoquer la chute d'une matrice cancéreuse, afin de l'exciser ensuite sans danger. Idée vraiment ingénieuse, et digne d'être reprise par les praticiens en position de l'appliquer. Pour réaliser son but, Sanson s'était servi d'un spéculum construit de manière à s'ouvrir largement. On comptait sur la dilatation que sa présence continuelle donnerait au vagin pour solliciter peu à peu la précipitation de l'utérus à travers cette voie béante.

Diverses difficultés contrarièrent l'exécution de ce plan. Nous proposerions d'y ajouter une gymnastique appropriée, et l'emploi fréquemment réitéré de manœuvres propres à pousser l'utérus de bas en haut. Un instrument recourbé, et à extrémité convenablement arrondie et matelassée, introduit par le rectum, pourrait remplir cette dernière indication. Armé de cet instru-

ment, qu'il appliquerait sur le fond même de la matrice, le chirurgien irait accrocher pour ainsi dire ce viscère et le tiraillerait graduellement, de manière à l'abaisser, dans l'espace de quelques mois, de la quantité voulue. Tout, du reste, est encore à créer pour la constitution rationnelle et l'application manuelle de cette méthode.

---

27. *De la laryngotomie et de la trachéotomie dans les maladies aiguës du larynx*; par M. PRESCOTT-HEWETT.

(London Journal of medicine.)

Ce travail, quant à la pensée qui l'a dicté, peut se résumer en deux mots : réhabilitation de la laryngotomie, du moins sa réhabilitation spécialement chez les adultes. Voici comment l'auteur motive sa préférence pour cette opération.

Les maladies aiguës du larynx qui se terminent par une effusion de matière offrent de grandes différences chez l'enfant et chez l'adulte. Sur le premier, le dépôt de matière a lieu à la surface libre de la muqueuse; chez l'adulte, il se fait plus fréquemment dans le tissu sous-muqueux.

Autre différence plus importante pour le point en discussion. L'enfant présente souvent des exhalations ou sécrétions dans le larynx et la trachée, tandis que, chez l'adulte, on les voit toujours limitées au-dessus de la fente de la glotte.

M. Prescott Hewett s'attache à démontrer cette dernière proposition par l'anatomie pathologique, par les expériences et par l'étude de la structure de cette région.

Invoquant aussi largement que possible l'observation clinique, il a rassemblé 10 cas d'inflammation diffuse du cou, ou d'infiltration séreuse du gosier, terminés par la mort. Dans tous, l'autopsie a révélé ce caractère constant, savoir : que, quel que fût l'engorgement au-dessous des cordes vocales inférieures, ces cordes elles-mêmes avaient conservé leur bord tranchant bien limité, et la plupart du temps, leur aspect brillant, la membrane muqueuse étant à leur niveau complétement intacte. Dans aucun de ces 10 cas, ni des autres que l'auteur a vus, la muqueuse de la trachée n'était altérée.

Quelques expériences bien simples confirment cette manière de voir. Si on détache un larynx avec la trachée et qu'on les laisse dans l'eau un certain temps, le tissu cellulaire de toutes les parties situées au-dessus des cordes inférieures deviendra tuméfié et œdémateux, tandis que celles au-dessous des cordes, ainsi que les cordes, continueront à garder leur surface brillante. Si l'on injecte soit de l'air, soit de l'eau dans le tissu cellulaire du la-

rynx, on voit que le fluide ne peut passer au delà du bord supérieur des cordes vocales inférieures.

On se rend aisément compte de tout ce qui précède en examinant la structure anatomique du larynx et de la trachée. Au-dessus des cordes vocales inférieures, la membrane muqueuse est unie aux parties sous-jacentes par un tissu cellulaire lâche qui est très abondant, surtout au niveau des ligaments aryténo-épiglottiques. Au contraire, la muqueuse qui recouvre ces cordes ainsi que celle de la trachée est maintenue en place par un tissu ferme et dense qui rend sa séparation artificielle très difficile.

Ceci étant posé, voici en quels termes l'auteur exprime la conclusion qu'il entend en déduire. Quoique le dépôt de matière existe au-dessus de la glotte, on trouve en pratique dans la plupart des cas que l'obstruction à laquelle le chirurgien a à remédier réside dans la fente glottique même. Cela est prouvé par les autopsies; car ordinairement, lorsque les patients sont morts de suffocation soudaine, le dépôt était trop peu considérable pour déterminer l'obstruction, et certes il ne suffit point pour expliquer les symptômes. C'est l'état spasmodique qui cause tout le mal et qui rend l'opération de la laryngotomie si utile ; se déclarant subitement et violemment, cet état réclame pareillement un soulagement immédiat. L'entrée artificielle donnée à l'air doit ici, pour devenir profitable, être ouverte pour ainsi dire instantanément. Mais on sait bien que la trachéotomie ne pourrait être exécutée aussi rapidement sans danger pour le malade. L'auteur cite à ce propos l'observation d'une femme affectée d'un large ulcère syphilitique du gosier, qui, la nuit, sans signes avant-coureurs, fut tout à coup prise de dyspnée extrême. On fit la trachéotomie ; mais une hémorrhagie veineuse ayant rendu l'opération trop lente, la malade, qui était cependant un peu revenue à elle au moment de l'introduction de la canule, succomba. L'autopsie montra le larynx entièrement sain. La suffocation n'était venue que du spasme de la glotte.

Beaucoup de chirurgiens diront qu'il importe, au contraire, de pratiquer l'ouverture le plus loin possible du siége de l'inflammation, parce que la présence de la canule pourrait l'aggraver et en favoriser l'extension. Mais l'auteur répond que, dans les cas qu'il a spécifiés, l'altération ne s'étend jamais au delà de la glotte. Il rapporte d'ailleurs l'histoire de deux malades chez lesquels une canule ayant été laissée en place trente-six et quarante-huit heures, on ne trouva pas d'inflammation dans les tissus qui avaient été si longtemps en contact avec elle.

Bien que les considérations précédentes ne s'appliquent qu'aux adultes, l'auteur pense que la laryngotomie est également préférable chez les enfants, lorsque les accidents tiennent à ce qu'ils ont avalé de l'eau bouillante, des acides, ou quelque autre liquide irritant. — Il faut distinguer avec soin dans cette argumentation les prémisses d'avec la conclusion. La circonscription du dépôt morbide à la partie sus-glottique que M. Prescott-Hewett signale est un fait des plus intéressants, et qu'elle soit confirmée de tout point ou amendée par les recherches ultérieures, cette proposition mérite d'être prise en sérieuse considération par les observateurs. — Mais fût elle même vraie dans toute la rigueur que lui assigne l'honorable chirurgien anglais, la conséquence qu'il en tire nous paraîtrait toujours infiniment hasardée. S'il préfère la laryngotomie, c'est, en résumé, selon lui, parce qu'on a alors besoin d'un secours instantané, et que ce procédé est seul capable de donner. Mais ne peut-on pas, ne doit-on pas exiger du médecin qu'il ait su poser l'indication de l'opération quelques minutes avant le moment où la mort va arriver fatalement si l'on ne se hâte? — Puis, quant au temps qu'elles nécessitent pour ouvrir une voie à l'air, la différence entre les deux opérations rivales est-elle aussi essentielle à leur nature, aussi incapable d'être effacée par la dextérité de l'opérateur que M. Prescott-Hewett semble le supposer? Personne ne le pensera sans doute ; or il suffit de cette possibilité pour détruire la plus grande partie des raisons par lesquelles l'auteur s'efforce de défendre son opération favorite.

28. *Des déjections cholériques, du sang chez les cholériques, du choléra*; par les docteurs Parkes, Alfred Garrod, James Bird.

(London journal of med.)

Il nous a paru utile de rapprocher dans une même appréciation ces trois mémoires, et de nous procurer ainsi l'occasion de résumer ce que la science possède jusqu'ici de documents sur des points extrêmement importants, on pourrait dire capitaux, de l'histoire du choléra, à savoir la composition du sang et celle du liquide rejeté par les vomissements et les garderobes.

Le résultat le plus général des expériences chimiques entreprises sur les déjections cholériques dans l'épidémie de 1832, ou antérieurement dans l'Inde, a été qu'une partie des éléments du sang transsudait à travers la muqueuse gastro-intestinale et s'en allait par les vomissements et les selles. Quelques-uns y voyaient tous les éléments du sérum, plus de la fibrine formant la partie

coagulée des déjections ; d'autres n'y reconnaissaient que la partie séreuse ; quelques-uns enfin les deux ordres d'éléments. Les expériences s'accordaient généralement pour attribuer aux liquides rejetés une forte alcalinité, caractère qui appartient également au sang normal, comme chacun sait.

En conformité avec ces résultats, des analyses multipliées en Angleterre et en France, semblaient démontrer : 1 que la fibrine et l'albumine diminuaient dans le sang, en même temps que la matière colorante augmentait considérablement ; 2° que les sels alcalins diminuaient, mais dans une faible proportion. Hermann, qui a fait ses observations sur l'épidémie de Moscou en 1831, ajoutait que le sang des cholériques contenait un acide ; rien de pareil n'a été constaté dans les expériences de MM. Lassaigne, Lecanu, Thompson et autres.

La science en était là quand M. Andral lut à l'Académie des sciences, le 9 août 1847, une note dans laquelle il établit que les selles riziformes des cholériques ne sont point une partie même du sang et ne renferment ni albumine ni fibrine ; que la matière blanche n'est autre chose que du *mucus* sécrété tout à coup en très-grande quantité et modifié par cela même dans ses qualités ; que l'albumine du sérum garde ses proportions normales dans le sang des cholériques.

Depuis cette époque, plusieurs expérimentateurs sont venus protester contre les conclusions de M. Andral, et ont maintenu surtout la présence de l'albumine dans la matière des déjections. D'autres ont accordé l'absence de l'albumine proprement dite, mais non celle de l'*albuminose*, substance qu'on peut considérer comme le résidu de la digestion des substances albumineuses, coagulable, comme l'albumine elle-même, par le chlore, le tannin, plusieurs sels métalliques, mais incoagulable par la chaleur et les acides. M. Mialhe a exprimé cette opinion dans un mémoire lu à l'Académie de médecine le 3 avril 1849; ce chimiste attribue du reste la présence de l'albuminose dans les évacuations, non à un départ des éléments altérés du sérum, mais à l'action d'un principe *fermentifère* inconnu qui, en s'introduisant dans l'économie, *digère* pour ainsi dire l'albumine de nos tissus et engendre l'albuminose.

On voit d'après cela combien la question a besoin encore du secours des expériences chimiques. Voyons ce que disent à ce sujet MM. Parkes, Garrod et James Bird, après avoir fait remarquer toutefois combien il est fâcheux que le premier se soit occupé exclusivement des déjections et le second exclusivement du sang, les deux ordres de recherches étant connexes, comme

on vient de le voir. Il est vrai que M. Garrod a fait lui-même plusieurs des expériences qui servent de base au travail de M. Parkes; mais il y a loin de là à des recherches comparatives et suivies. Quant à M. Bird, il apporte plutôt au problème une opinion que des faits.

M. Parkes regarde le liquide des déjections cholériques comme *dérivant du sérum*, mais ne comprenant pas tous ses éléments. C'est, suivant lui, un composé d'eau, de sels, et d'une matière organique coagulable *qui est probablement l'albumine*. C'est revenir à l'opinion commune de 1832; car pour que le liquide soit identique au sérum, il n'y manque que la matière extractive et les matières grasses. Il est bon de faire observer que la coagulabilité a été constatée non à l'aide du chlore ou du tannin qui eussent précipité aussi bien l'albuminose, mais à l'aide des acides, particuliculièrement de l'acide nitrique, qui, d'après M. Mialhe lui-même, ne précipite pas cette dernière substance.

A cette donnée fondamentale, M. Parkes ajoute : 1° que la matière organique ou extractive, qui existe en grande quantité dans les selles normales et paraît être un résultat de la sécrétion de la muqueuse intestinale, diminue rapidement dans les selles cholériques, finit même, peut être, dans certains cas, par disparaître entièrement, et se montre de nouveau quand la réaction est établie; 2° que la quantité d'albumine est toujours très-petite, variant par exemple de 0,27 à 2,4 sur 1,000 parties (ce qui s'explique d'autant mieux, suivant une remarque de Boehm, que le sujet boit ordinairement de grandes quantités de liquide); 3° qu'il n'existe pas de proportion constante entre la quantité d'albumine et la quantité de sels dissous; 4° que les déjections cholériques, contrairement à l'assertion de Wittstock, ne contiennent pas d'acide urique, du moins ordinairement, et qu'il n'en a trouvé de trace que dans une seule expérience; 5° qu'il n'a jamais pu y constater la présence du principe de la bile (c'est un fait qui avait déjà été indiqué en 1852 par M. Lassaigne.)

Relativement aux altérations chimiques du sang, M. Garrod, à l'aide d'expériences assez nombreuses, paraissant très-exactes, mais où les éléments distincts du sang sont trop souvent confondus dans une évaluation commune, M. Garrod est arrivé aux résultats suivants. L'*eau* est diminuée de quantité. Le chiffre des *globules* sanguins qui est normalement de 140 pour 1,000 (en moyenne), était élevé à 166 et 171. Dans un cas où la *fibrine* a été évaluée séparément, elle était en proportion supérieure à celle de l'état normal (2,61 au lieu de 2,20 en moyenne). L'albumine n'a été évaluée que dans deux cas; son chiffre était

d'environ 125 parties pour 1,000 de sérum et de 103 pour 1,000 de sang ; proportion également plus élevée que chez l'homme en santé. Les sels n'ont pas été seulement trouvés en quantité normale, mais quelquefois même ils étaient augmentés, et si le sang donnait une réaction alcaline moins prononcée qu'à l'état normal, cela tenait à la présence insolite d'acides non éliminés par les excrétions. Enfin, d'après M. Garrod, le sang des cholériques contient une quantité relativement considérable d'urée.

Ainsi donc, les résultats obtenus par M. Garrod sont, sur tous les points essentiels, contraires à l'opinion qui avait prévalu en 1832. Si l'on s'en rapporte à ses expériences, il n'est pas vrai que l'albumine ni la fibrine soient diminuées de quantité ; ces deux éléments ont subi au contraire une augmentation. Il n'est pas vrai que les sels alcalins aient passé dans les déjections, car ils sont en excès dans le liquide sanguin. Le seul point sur lequel l'auteur s'accorde avec ses devanciers, c'est l'augmentation des globules ; encore trouve-t-il cette augmentation beaucoup plus faible que ne l'avaient dit beaucoup d'expérimentateurs. Neanmoins, de ces résultats, M. Garrod ne croit pas pouvoir conclure à la fausseté de la théorie qui voit dans le flux stomacal et intestinal un emprunt aux éléments du sang. On avait dit que si la somme d'eau soustraite à ce liquide devait infailliblement élever la proportion de l'albumine contenue dans le sérum, cette proportion pouvait néanmoins être abaissée relativement au liquide sanguin pris dans son ensemble. Mais si l'on se rappelle combien est petite la quantité d'albumine évacuée par les vomissements et les selles, quels flots de liquide, au contraire, sortent par les mêmes voies, on ne sera pas surpris de voir que la proportion d'albumine dans le sang monte au lieu de s'élever. La même remarque serait applicable à la fibrine si l'on venait à en démontrer sans réplique la présence dans les déjections cholériques.

Nous n'avons jusqu'ici examiné la question qu'au point de vue chimique, parce que c'est à lui que se rattache le plus directement la théorie du choléra. Disons néanmoins un mot des investigations microscopiques auxquelles s'est livré l'un des auteurs, M. Parkes, sur les matières stomacales et alvines.

En France, lors de l'épidémie de 1832, la microscopie appliquée à l'étude des globules sanguins, par MM. Magendie, Donné, Chevallier, etc., avait fort négligé celle des évacuations. Mais il n'en avait pas été tout à fait de même à l'étranger. En Allemagne, Boehm étudia avec soin et publia quelques années après des recherches minutieuses sur les altérations de l'épithélium de

la muqueuse gastro-intestinale, et crut pouvoir rapporter à la présence de particules épithéliales tous les produits floconneux, riziformes, crémeux, etc., qu'on peut rencontrer dans les évacuations. Plus tard, M. Gluge soutint une opinion à peu près semblable ; les grumeaux étaient composés, suivant lui, partie de noyaux de cellules épithéliales, partie de lamelles. M. Andral y vit des globules analogues, mais non semblables aux globules du pus. Enfin, en mars 1849, à la Société de biologie, M. Follin a émis l'opinion, appuyée sur un très-grand nombre d'observations, que les amas blancs et le liquide qui les contient sont formés, dans la majorité des cas : 1° par des globules, tels qu'on en rencontre dans le mucus des membranes qui commencent à subir, dit-il, *le plus léger degré d'irritation,* globules granuleux à leur surface, irrégulièrement arrondis, réunis entre eux par une masse amorphe et contenant parmi eux quelques globules purulents parfaitement caractérisés ; 2° par des cellules et des plaques épithéliales ; 3° par des cristaux de cholestérine, le principe que la chimie par les mains de MM. Lassaigne, Parkes, etc., avait vainement cherché. Voici maintenant ce dernier auteur qui, après avoir fait examiner par plusieurs confrères, MM. Rodgers, Clover, Hillman, Sharpey, etc., et avoir examiné lui-même bon nombre de déjections cholériques, arrive à conclure que toutes les matières floconneuses contenues dans ces déjections, cellules, fibres, lamelles, masses amorphes, etc., ne sont que des modifications d'une seule et même substance, la fibrine.

Quant à l'état microscopique du sang, aucun des travaux dont nous donnons ici l'analyse ne s'en occupe spécialement. M. Garrod cite seulement un cas où les globules du sang plus nombreux que de coutume, avaient une forme irrégulière. C'est une observation conforme à celles de MM. Hermann, Magendie, Chevallier, mais en opposition avec celles de MM. Donné et de plusieurs autres expérimentateurs.

On se sera sans doute aperçu, en parcourant cette analyse, de notre silence à l'égard de M. Bird. Ce n'est pas, tant s'en faut, que son travail manque de valeur ; c'est au contraire, un résumé très-bien fait des documents apportés par les dernières épidémies à l'histoire du choléra ; mais sur la question spéciale de la chimie et de la microscopie, M. Bird ne possède aucun fait particulier, et il se borne à citer les auteurs, adhérant sur presque tous les points aux opinions de MM. Parkes et Garrod.

---

29. *De l'extraction de la cataracte osseuse ;* par M. White Cooper.

(London Journal of medicine.)

Cette composition de cataracte n'est pas rare chez les personnes qui ont la diathèse goutteuse ou rhumatismale ; on l'observe quelquefois à la suite d'une violence extérieure ayant porté sur l'œil. Remarquable par les douleurs qu'elle occasionne, cette espèce cause ordinairement aux malades qui en sont atteints des tortures atroces, qui sont le résultat de l'irritation constante de l'iris causée par la pression de corps durs. Elles sont quelquefois portées au point d'occasionner du délire. L'extraction peut seule les calmer.

Mais cette opération présente des difficultés plus sérieuses qu'on ne pourrait s'y attendre en consultant ce que les ouvrages d'ophthalmologie enseignent sur ce sujet : d'abord l'hémorrhagie consécutive dont on a cité des exemples, provient vraisemblablement ici de ce que l'artère centrale de la rétine, contenue dans des parties osseuses ou ayant elle-même subi cette dégénérescence, n'est plus capable de se contracter, et de mettre ainsi obstacle à l'issue du sang.

Quant à l'opération même, l'oblitération entière de la chambre antérieure par la projection de la lentille et de l'iris, rend très-difficile à accomplir le temps qui consiste à passer le couteau au travers de la cornée. Il vaut mieux, dans ces cas, diriger l'incision obliquement.

Si des adhérences très-étendues entravent l'exécution de ce procédé, c'est une question à discuter que celle de savoir s'il ne conviendrait pas de faire l'incision sur la cornée transversalement. En effet, l'objet de l'opération dans ce cas particulier, est moins de rendre la vue au malade que de le délivrer des souffrances qu'il éprouve. D'ailleurs, on sait que des divisions semblables de la cornée, survenues par cause traumatique se réunissent parfaitement si elles sont bien traitées.

Le point le plus difficile est ici l'extraction de la cataracte. L'iris ayant perdu son élasticité, étant d'autre part liée par des adhérences avec la lentille et peut-être avec la cornée, ne cède pas à la pression ; puis cette lentille est solide, non dépressible : par conséquent, même après qu'on l'a détachée de ses adhérences, il arrive qu'on ne peut le faire passer à travers la pupille contractée.

Dans de pareilles conjectures, le meilleur moyen est de briser le noyau osseux et de le retirer ensuite par fragments, après toutefois avoir préalablement divisé toutes ses adhérences à l'aide

d'un couteau très-délié. Avant de laisser retomber le lambeau cornéen en place, il faut bien examiner si on ne laisse aucun fragment dans l'intérieur de l'œil.

D'après l'analyse que M. Hoffman fit d'une cataracte semblable extraite par l'auteur, elle était formée principalement de phosphate de chaux ; elle contenait en outre de petites quantités de sulfate de chaux, et des traces de sulfate de potasse et de chlorure de sodium. Elle avait donc une composition très-analogue à celle des os.

En général, la partie externe de la lentille est plus molle; son centre constitue seul un noyau véritablement osseux.

Le cas suivant montre pour ainsi dire réuni dans un tableau sommaire, l'ensemble de toutes les difficultés que M. W. Cooper vient de décrire, et que le chirurgien doit s'attendre à rencontrer lorsqu'il existe une semblable complication.

Obs. — Samuel Doyle, âgé de 54 ans, entra le 16 octobre 1847 à l'hôpital ophthalmique du Nord, de Londres. Militaire pendant la plus grande partie de sa vie, il avait habité dans les contrées tropicales, endurant toutes les fatigues de la vie du soldat. Durant plusieurs années, il avait souffert de rhumatismes; à trois reprises son œil gauche était devenu enflammé. La seconde attaque laissa sa vue considérablement affaiblie ; la troisième, la plus grave de toutes, qui eut lieu en 1850, le rendit aveugle. Depuis lors cet œil a été pour lui une source continuelle de tourments. La moindre irritation locale, un vent d'est, amènent une inflammation et des douleurs aiguës qui se répandent sur le côté de la tête, sur le front, et en bas jusqu'au nez. En tout temps la souffrance devient plus vive lorsqu'il se baisse.

Cet œil présente à l'examen tous les caractères d'une maladie ancienne. La sclérotique offre une surface serrée gris jaunâtre. De nombreuses veines variqueuses rampent sous sa face externe, et la conrée est entourée d'une zone d'un rouge foncé. L'iris est convexe, d'une teinte rouge brune, parsemée de taches de lymphe plastique. La pupille, immobile, est unie par des adhérences à une cataracte jaune, ayant un aspect comme pierreux, laquelle semble être comme pressée d'arrière en avant, à travers cette ouverture.

M. Cooper procéda à l'opération le 26 octobre. La chambre antérieure n'était pas complétement oblitérée; aussi parvint-il à faire traverser son couteau obliquement dans l'épaisseur de la cornée. L'incision fut ensuite élargie, pour obtenir plus d'espace, à l'aide d'un couteau en forme de sabre. Après avoir di-

visé plusieurs adhérences, il fit une tentative pour extraire la lentille ; mais ce fut sans succès.

Il fallut alors pratiquer une incision sur le bord de la pupille ; ce qui fit découvrir plusieurs autres adhérences. Le chirurgien s'efforça encore de serrer fortement le noyau cataracté pour l'amener au dehors ; mais tout échoua, et l'on fut obligé de le retirer pièce par pièce. L'opération fut pénible ; cependant on arriva enfin à enlever la totalité des fragments qui constituaient la capsule ossifiée. La substance de la lentille ressemblait à de l'eau de gomme.

La longue durée des manœuvres opératoires et la plaie faite à l'iris donnaient lieu d'appréhender une violente inflammation consécutive. Aussi l'on réappliqua le lambeau avec soin ; l'œil fut couvert de linges mouillés d'eau froide, et l'on administra la jusquiame à haute dose. Contrairement à ces fâcheuses prévisions, le malade se rétablit d'une manière très-satisfaisante. Quoique encore irritable de temps en temps, son œil ne lui cause plus ces souffrances qui rendaient sa vie misérable.

— Il paraît résulter du silence même de l'auteur sur ce point important que la vision ne fut pas recouvrée à la suite de l'opération.

---

30. *Réflexions sur un mode particulier de traitement de la scarlatine;* par le docteur Nicolas Berend, à Hanovre.

(Zeitschrift für die gesammte Medicin.)

La scarlatine est toujours regardée comme une affection de la peau ; mais si l'on considère que l'exanthème cutané ne constitue qu'un phénomène pathognomonique de la maladie, que dans les cas où elle présente quelque intensité, beaucoup d'autres organes sont entrepris, et que ces complications forment le danger de la maladie, on sera porté à ne plus regarder l'exanthème cutané comme un des symptômes, mais comme une des principales conditions de la scarlatine.

L'expérience journalière démontre qu'il ne faut pas négliger cette éruption à la peau sous peine des suites les plus funestes. Outre les affections les plus diverses qui, dans le cours de la scarlatine, peuvent intéresser toutes les parties de l'organisme, il en est une qui mérite surtout de fixer l'attention ; c'est le développement de l'appareil folliculaire de la muqueuse de l'iléon et des glandes mésentériques dont Rokitansky a donné la description. Loschner parle d'une scarlatine avec une marche analogue au typhus ; l'inspection cadavérique lui aurait démontré tous les signes du typhus comme complication de la scarlatine ;

il insiste sur les altérations constantes du sang des glandes de l'intestin, du mésentère, de la rate, du foie.

Par contre, Friedleben démontre que l'entérite scarlatineuse présente des différences anatomiques essentielles avec l'entérite typhoïde. Dans l'entérite scarlatineuse on ne rencontre ni ulcération ni infiltration des glandes ; ce ne sont pas les glandes de Peyer seules, mais encore, et dans une proportion égale, les glandes isolées de l'intestin grêle et du gros intestin qui sont affectées ; dans le typhus, les glandes isolées sont rarement intéressées, et alors les désordres sont différents. La muqueuse intestinale elle-même est fortement injectée ; ou bien elle offre une rougeur intense, et par suite d'une infiltration séreuse dans le tissu cellulaire sous-muqueux, elle a un aspect particulier qu'on pourrait comparer avec les taches blanches dans l'urticaire.

Eisenmann considère les altérations des glandes de Peyer dans la scarlatine comme l'analogue des parotides et des bubons ; elles ont avec ces deux affections ce caractère commun qu'on les rencontre dans les maladies les plus diverses, et que l'inspection anatomique ne suffit pas pour déterminer la nature de la maladie.

Rokitansky, parmi les maladies du sang, note une crase exanthématique qui, selon lui, est plus sensible dans la scarlatine, et qui présente une grande ressemblance avec la crase typhoïde. Cependant il avoue que le domaine de la crase exanthématique est d'une étendue immense au point de vue anatomique ; elle comprend, selon lui, une foule de maladies aiguës du sang, qui, venant à se localiser sur des portions considérables de muqueuses, y produisent des exanthèmes analogues à la scarlatine et à la rougeole.

L'auteur de cet article se range à l'idée d'une crase du sang qui produirait la scarlatine, tout en reconnaissant que cette manière de voir, au point où en sont nos connaissances, ne peut pas plus être justifiée, et n'est pas plus digne de croyance que beaucoup d'autres opinions ou théories.

Arrivons enfin au but principal de cet article. Il a paru à Hanovre un petit ouvrage intitulé : *De la guérison assurée de la scarlatine par une méthode complétement nouvelle et exempte de dangers*, par le docteur Schnumann.

Cette méthode consiste à frictionner tout le corps, excepté le visage et les parties de la tête recouvertes par des cheveux, avec du lard. Pendant trois semaines à partir du début de la maladie, on répète ces frictions deux fois par jour ; pendant la quatrième semaine, une fois seulement par jour ; le malade peut aller à l'air dès le dixième jour. Au bout d'un mois seulement, il est prudent

de nettoyer la peau avec du savon et de l'eau froide. Après quelques jours on peut permettre un bain.

Malheureusement cette méthode, qui aurait deux grands avantages, d'abord de soustraire le malade au danger des refroidissements, et de borner la maladie de six à dix jours, n'est pas tout à fait nouvelle. Hamel, en 1842, avait déjà recommandé les frictions avec un corps gras pour empêcher tout refroidissement dans la période de desquammation.

Seulement la nouvelle méthode veut prévenir la desquammation par ces frictions, qu'on exécute dès le début de la maladie et qui doivent en même temps prévenir les violentes démangeaisons dont la peau est le siége. Au point de vue théorique, il est fort douteux, comme doit le faire cette méthode de traitement, que des frictions avec un corps gras pratiquées avant la période de desquammation préviennent des complications de la scarlatine, qui se montrent surtout dans les cas où l'exanthème est le moins développé; d'ailleurs l'auteur de la nouvelle méthode est obligé d'employer d'autres moyens dans les cas graves; ainsi il recommande la saignée contre les accidents cérébraux; les vessies pleines de glace qu'il préfère aux affusions froides; à l'intérieur, il exclut tout médicament, à l'exception du carbonate d'ammoniaque. A la suite de l'emploi du mercure, il prétend avoir vu trois fois le coma se déclarer. Il revient sur la belladone comme moyen préservatif de la contagion (5 à 10 centigr. dans 30 gram. d'eau distillée matin et soir, les quinze premiers jours autant de gouttes que l'enfant compte d'années).

Cette nouvelle méthode de traitement aurait réussi à son inventeur dans deux épidémies; le docteur Berens, malgré son emploi exact et sévère, a vu la desquammation arriver, sans difficulté, dans plusieurs cas de scarlatine.

En définitive, le vieil axiome n'est pas encore renversé par les frictions avec un corps gras : les cas légers de scarlatine peuvent se guérir avec tout un cortége de moyens héroïques; les cas graves résistent souvent à tous les moyens employés.

31. *Observations pour servir à l'histoire des causes essentielles des désordres de la sécrétion urinaire dans le rhumatisme aigu*; par le docteur Muller (de Mayence).

(Zeitschrift für die Gesammte Medicin.)

Obs. I. — Un imprimeur, âgé de 38 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution vigoureuse, adonné à la boisson, éprouvait depuis plusieurs mois des phénomènes du côté de la poitrine qui pouvaient faire croire à un commencement de tuber-

culisation ; en même temps il existait au pied gauche une tumeur avec engorgement, très-douloureuse, et de nature goutteuse. Appétit assez bon ; selles régulières ; excrétion urinaire peu abondante ; urine tantôt claire, tantôt trouble.

L'auscultation et la percussion n'indiquaient aucune altération organique de l'appareil pulmonaire ; sous l'influence d'un traitement énergique, les symptômes pectoraux et l'engorgement du pied avaient déjà cédé, lorsque tout à coup le malade fut pris de céphalalgie intense, de malaise, d'anorexie, de rapports bilieux et de vomissements ; en même temps il se déclara de la fièvre et du délire nocturne ; à partir de ce moment, la poitrine fut complétement dégagée, mais il se déclara des douleurs rhumatismales vagues dans le bras droit.

Le onzième jour, les accidents augmentèrent ; le délire devint plus violent ; l'excrétion urinaire fut supprimée pendant deux jours sans que la vessie se remplit ; un collapsus général s'établit, et cinq jours après, le malade succomba.

A l'autopsie, on trouva, parmi d'autres désordres que nous noterons plus bas, une injection des enveloppes cérébrales, ainsi que des adhérences avec les circonvolutions ; la substance cérébrale mollasse, pâteuse, les ventricules latéraux distendus, renfermant quelques onces de sérosité, leurs parois blanches et ramollies, le plexus fortement développé ; la substance grise assez pâle ; des adhérences à la base du cerveau, et plusieurs onces de sérosité. Le cœur était enveloppé d'une graisse lardacée, ses parois étaient minces et mollasses ; foie pâle, fortement granulé ; reins mous, gorgés de sang, réduits en bouillie ; vessie pâle, vide.

La texture des reins et l'exsudation cérébrale démontrent à l'auteur la cause primitive de cette affection qui résidait, selon lui, dans un état de modification des reins et de tout le système uropoiétique ; les désordres trouvés à l'autopsie ayant porté sur la surface sécrétante plutôt que sur le parenchyme des organes, il suppose que l'urée s'étant séparée dans le sang urodialytique, la maladie a pris naissance dès ce moment, les diverses complications n'ont été que la suite de ce désordre de la sécrétion urinaire. Les preuves en sont, pour l'auteur : la sécrétion d'un liquide à odeur ammoniacale dans le cerveau et dans la poitrine, la coloration foncée de la trachée, la texture mollasse du cœur, le relâchement de l'estomac, la dégénérescence du péritoine, infiltré de matière grasse, le relâchement de toutes les séreuses, et l'état de ramollissement, de putréfaction de la rate, c'est-à-dire d'un organe qui concourt d'une manière si importante à la formation du sang.

Obs. II. — Un capitaine de vaisseau, 36 ans, d'une constitution sanguine, d'une forte stature, adonné aux spiritueux, fut pris, dans l'été de 1844, d'un rhumatisme aigu des extrémités inférieures et supérieures, avec rougeur érysipélateuse de la peau ; aux accidents ordinaires, il se joignit de la constipation et une rétention des urines. Des émissions sanguines et un traitement antiphlogistique firent cesser la fièvre et amenèrent l'évacuation abondante d'une urine aqueuse, claire, sans modification des phénomènes locaux.

Le cinquième jour, les articulations devinrent libres, et le rhumatisme se jeta sur le péritoine : des sangsues et du calomel arrêtèrent l'inflammation, lorsque le jour suivant, les urines se supprimèrent, et il survint du délire. Une forte diaphorèse débarrassa la tête, mais l'urine resta bornée à une petite quantité d'un liquide trouble.

Quelques jours après se déclarèrent des symptômes d'une miliaire, en même temps que l'œdème des pieds disparut, pour se transformer en trois jours en un anasarque. Enfin, cédant aux désirs du malade, et encouragé par des faits antérieurs, on lui donna du gin hollandais. Les accidents s'améliorèrent si rapidement, que, huit jours après, le malade pouvait déjà marcher.

L'auteur est porté à croire que tout le cercle des phénomènes morbides qui se sont présentés dans ce cas tenait à un état urodyalitique du sang, dont le rétablissement normal de l'uropoise a été la fin.

---

32. *Sur le traitement des paraphimosis;* par le docteur Lange (de Berlin).

(Zeitschrift für die Gesammte medicin.)

Un principe généralement admis en chirurgie, c'est qu'il faut réduire chaque paraphimosis, et si l'on n'y parvient pas, l'opérer, afin d'arriver après cela à pratiquer la réduction. Ce principe paraît indiquer :

1° Que chaque paraphimosis ne peut pas être réduit ;

2° Que dans les cas irréductibles, l'opération rend la réduction possible ;

3° Que l'opération doit seulement être pratiquée lorsqu'on n'a pas pu faire la réduction.

Pour le docteur Lange, chaque paraphimosis au contraire est réductible ; l'opération, comme on le fait ordinairement, est superflue et inutile ; lorsque l'on opère, il faut le faire avant de réduire, et seulement dans les cas où la disposition du prépuce fait prévoir qu'on ne pourrait pas se dispenser d'opérer

après la réduction, que l'on rend alors plus facile. Le procédé de Ricord paraît le plus convenable à l'auteur ; cependant il pourrait arriver qu'on incisât trop profondément et qu'on blessât un corps caverneux.

Voici le procédé proposé par le docteur Lange ; on fait disparaître avec les ciseaux les bourrelets fournis par la lamelle interne du prépuce qui mettent obstacle à la réduction ; par là on se donne le moyen de pénétrer sous la lamelle externe du prépuce au point de l'étranglement ; en enlevant une portion plus ou moins considérable de la lamelle interne, on forme un espace qui n'est recouvert par aucune portion de lamelle soit externe soit interne ; par cette méthode aussi la lamelle externe touche en avant à cet espace par un bord libre, et l'on divise ainsi avec une incision très-petite la lamelle externe des premiers au moyen des ciseaux introduits sous cet espace en avant, c'est à dire dans la direction des pubis. Ceci fait, il suffit d'une légère traction pour recouvrir le gland avec le prépuce.

La réduction doit donc être faite après l'opération, non-seulement à cause de la facilité plus grande avec laquelle elle a lieu, mais surtout parce que la lamelle interne, qui proémine sous forme de bourrelets, s'enlève bien plus aisément par de simples incisions ; après la réduction, ainsi qu'après des incisions longitudinales, on arrive beaucoup plus difficilement à ces bourrelets.

---

33. *Remarques sur une épidémie des parotides qui a régné à Cologne et dans les environs pendant les années* 1840 *et* 1841 ; par le docteur Horst.

(Zeitschrift für die Gesammte Medicin.)

Ce genre d'affection, très-rare dans ces contrées, s'est montré d'une manière épidémique à partir du mois de novembre 1840 jusqu'au mois de mars 1841. Aucun âge, aucun sexe, ne fut épargné ; souvent les malades étaient atteints sans cause connue ; dans les cas légers, la fièvre tombait vers le sixième jour et les accidents locaux diminuaient par une transpiration générale et l'excrétion d'une urine hypostatique ; quelquefois la crise eut lieu par des saignements du nez ; au huitième jour, il ne restait en général qu'une petite induration des parotides et des glandes sous-maxillaires qui ne tardait pas à se dissiper. Dans les cas les plus graves, où la fièvre et les accidents locaux étaient plus intenses, la résolution n'arriva que du quatorzième au dix-septième jour ; dans les cas les plus violents, les sujets furent pris de vomissements à toutes les périodes de la maladie,

sans signes gastriques concomitants, de lipothymies prolongées, surtout les femmes adultes, chaque fois qu'elles sortaient du lit et se tenaient sur leur séant, et cela sans aucune cause prédisposante. Enfin des inflammations de l'œil se déclarèrent quelquefois, après que les autres symptômes eurent déjà complétement disparu.

L'auteur compare ensuite cette épidémie avec les autres épidémies de ce genre rapportées par les divers auteurs.

MÉLANGES.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

34. *Compte rendu des séances pendant le mois de février* 1850; par M, le docteur BROWN-SÉQUARD, secrétaire.

(Gazette médicale de Paris, Nos 51 et 52; 1849.)

Anatomie normale. — Examen microscopique de l'urine de l'homme; par MM. CH. ROBIN et VERDEIL.

Lorsqu'on fait évaporer de l'urine d'homme fraîche, on aperçoit d'abord se former à la surface du liquide, lorsque l'évaporation l'a diminuée de moitié ou des trois quarts, une pellicule; cette peau, examinée au microscope, se trouve composée d'une masse amorphe, plus quelques cristaux d'urate de soude, et des cristaux de phosphate de chaux neutre. Ce phosphate n'est pas le même que celui des os, et se forme lorsque le sel soluble de chaux se trouve en présence du phosphate de soude. Si l'on évapore davantage le liquide, et qu'on le laisse reposer pendant quelques heures, il se forme une quantité de sel marin et de créatine, qu'on pourra facilement distinguer au moyen de la polarisation. Par un séjour plus prolongé, on pourra distinguer des cristaux d'acide urique et d'urate de soude.

Pour faire cristaliser les autres substances contenues dans l'urine, nous procédons de la manière suivante : nous filtrons la liqueur qui est à consistance de sirop, et nous la divisons en trois parties : la plus petite quantité est évaporée jusqu'à siccité, puis traitée par l'alcool, qui dissout l'urée, en prenant une goutte de cette solution et en y ajoutant sous le microscope un peu d'acide nitrique ou d'acide oxalique, on obtient du nitrate ou de l'oxalate d'urée qui ont des formes cristallines très caractéristiques, comme l'on peut le voir sur les planches.

A une autre partie de la liqueur, on ajoute quelques gouttes

de chlorure de zinc, et on laisse reposer; au bout de deux jours il s'est formé un sel double de chlorure de zinc et de créatine qu'il est très facile de constater, soit à l'œil nu, soit au moyen du microscope. La troisième portion du liquide est introduite dans une éprouvette, puis mêlée à trois fois son volume d'alcool absolu. Au bout de douze heures, il apparaît, aux parois du vase, des cristaux ; ces cristaux sont du phosphate de soude neutre, à réaction alcaline ; leur analyse et la forme des cristaux le démontrent. On laisse le mélange séjourner pendant vingt-quatre heures encore. Il se forme de nouveaux cristaux sur les parois du vase; ces cristaux sont du phosphate acide de soude, comme la forme des cristaux et l'analyse le prouvent. Le phosphate de chaux et de magnésie se formera en ajoutant de l'ammoniaque.

Voilà quels sont les résultats que nous avons obtenus dans nos recherches sur l'urine de l'homme. Nous allons continuer l'étude des principes des autres tissus. Vous voyez que, pour faire de l'anatomie, nous nous sommes servis de la chimie et du microscope comme moyen, nous n'avons pas fait de la chimie et de la microspie, nous nous en sommes servis comme de moyen tout comme de la polarisation. Dans le cours de nos recherches, nous pourrons nous servir tout aussi bien de la physique, en opérant dans le vide, en nous servant de la pression, par exemple, et cependant nous ferons toujours de l'*anatomie*.

Rapport sur un mémoire de M. Hiffelsheim, intitulé : quelques observations relatives au phénomène de la circulation ; par MM. Cl. Bernard et Brown-Séquard, rapporteur.

Messieurs, vous nous avez chargés, M. Cl. Bernard et moi, de vous faire un rapport sur un mémoire que M. Hiffelsheim a lu à la Société.

Ce travail est intitulé : *Quelques observations relatives au phénomène de la circulation.* L'auteur commence par rappeler que, contrairement à la manière dont on s'exprime généralement, il n'existe pas deux *circulations*. Pour que la *circulation*, ou mieux le *cercle* soit complet, il faut que le sang, parti d'un point, y revienne ; or c'est ce qui n'a lieu ni pour la petite ni pour la grande circulation.

Mais s'il n'y a qu'un seul cercle, qu'une seule circulation, il n'en est pas moins vrai que l'on peut compter tout autant de circuits qu'il y a de vaisseaux capillaires entre l'artère et les veines pulmonaires, d'une part, et entre les ramifications de l'aorte et les racines des veines caves, d'autre part. Ces circuits si multi-

pliés se confondent tous dans deux portions de leur étendue, de telle sorte que la masse entière du sang doit nécessairement passer successivement par chacune de ces deux portions. Nous n'avons pas besoin de dire que ces deux parties du cercle circulatoire sont le cœur droit et le cœur gauche. Cela posé, quel est le temps que met la masse entière du sang à passer à travers un de ces cœurs, ou, en d'autres termes, quelle est la durée *d'une circulation complète*?

Tel est le problème que M. Hiffelsheim s'est proposé de résoudre. A ce sujet, il fait remarquer d'abord la différence qui existe entre la *durée* et la *vitesse* de la circulation. On peut trouver la *durée* du parcours du cercle vasculaire tout entier par la masse entière du sang, sans pour cela connaître l'*espace* parcouru par le sang. Il n'en est pas de même pour la *vitesse* de la circulation : pour la trouver, il est essentiel de connaître l'espace parcouru par le sang dans un temps donné. Ces différences établies, M. Hiffelsheim discute la possibilité de trouver la véritable vitesse de la circulation, et il arrive à cette conclusion, qui nous paraît très juste, c'est qu'aujourd'hui il ne nous est guère possible de connaître que la vitesse du sang dans un vaisseau particulier, et non la vitesse de la circulation tout entière (1).

Les expériences de Hering, citées presque partout comme des expériences sur la *vitesse* de la circulation, ne sont pourtant que des recherches sur la *durée* de la circulation. On sait que ces expériences ont consisté dans la recherche du temps que met une substance, introduite dans une jugulaire de cheval, à se rendre soit à l'autre jugulaire, soit à un autre vaisseau. On voit que par là on peut trouver la durée du transport de cette substance d'un point à un autre, mais nullement quel espace elle a parcouru dans un temps donné. M. Hiffelsheim examine quelle confiance méritent ces recherches ; il ne les croit propres qu'à donner une solution approximative du problème, mais il n'en repousse pas moins comme peu fondées les critiques adressées par M. Matteucci au procédé de Hering. M. Hiffelsheim a préféré employer un autre procédé, contre lequel s'élèvent moins

(1) C'est là ce que Huttenheim a récemment essayé de faire sous la direction de Volkmann. Le procédé employé par ces physiologistes n'est malheureusement pas à l'abri de toute cause d'erreur. Quoi qu'il en soit, voici quelques-uns des résultats obtenus.

La vitesse du sang a été trouvée :

De 273	millimètres	par seconde	dans la carotide	gauche	d'un chien.
De 546	id.	id.	id.	id.	d'un cheval.
De 631	id.	id.	id.	id.	id.
De 318	id.	id.	id.	id.	d'une chèvre.

de chances d'erreur. Étant connus les trois éléments que nous allons rapporter, rien n'est plus facile que de calculer *la durée d'une circulation de la quantité totale du sang* chez un individu donné. Mais s'il n'y a à cet égard aucune difficulté, il n'en est malheureusement pas de même pour l'estimation des trois éléments en question. C'est ce que va nous montrer l'examen de ces éléments, qui sont : 1° la quantité totale de sang possédée par un homme ; 2° la quantité de sang qui est chassée du ventricule gauche à chaque systole ; 3° le nombre des systoles dans un temps donné.

1° Relativement à la quantité totale de sang que possède un homme adulte, nous n'avons que des approximations, dont la meilleure assurément est celle donnée par Valentin, qui estime que la quantité de sang chez l'homme adulte est de 12 à 14 kilogrammes. 2° Relativement à la quantité de sang chassée du ventricule gauche à chaque systole, on ne la connaît que par la mesure de la capacité de cette cavité musculaire, et en supposant qu'elle se vide presque complétement à chaque contraction. M. Hiffelsheim s'est servi à cet égard des chiffres fournis par M. Cruveilhier, sur la capacité du ventricule gauche. Nous croyons qu'il aurait dû trouver une moyenne plus vraie dans des recherches publiées récemment en Allemagne et en Angleterre. Il n'a pas fait preuve à cet égard de l'érudition qu'il montre dans les autres parties de son mémoire. 3° Relativement au nombre des systoles ventriculaires dans un temps donné, M. Hiffelsheim a eu tort, pensons-nous, de se servir des chiffres obtenus par M. Rameaux, qui n'a expérimenté que sur des militaires. Nous regrettons qu'il n'ait pas fait usage des belles recherches du docteur Guy sur le pouls.

En se servant des données qui précèdent, M. Hiffelsheim a obtenu les résultats suivants : 1° avec les chiffres les plus forts, il trouve que la durée totale d'une circulation de toute la masse du sang est de trois minutes et trente-cinq secondes. 2° Avec les chiffres les plus faibles, il trouve que cette durée est d'une minute et quarante-six secondes. Entre ce maximum et ce minimum, la moyenne est de deux minutes et quarante secondes. Il suit de là que, chez *un homme adulte, la masse entière du sang met deux minutes et quarante secondes à opérer une circulation complète.*

En calculant sur les mêmes bases, un auteur allemand, dont l'ouvrage était inconnu à M. Hiffelsheim, avait déjà trouvé une approximation de la durée d'une circulation complète. (Voyez Günther, *Lehrbuch der physiologie*, 1847, t. II.) Le

chiffre qu'il donne est inférieure à celui de M. Hiffelsheim, ce qui tient surtout à ce que le nombre des systoles pris par ce dernier est plus grand que celui employé par M. Günther. La durée de la circulation totale est, suivant M. Günther, d'environ une minute et vingt-deux secondes.

Ainsi qu'on peut le voir par ce court exposé, le travail de M. Hiffelsheim est très intéressant ; il démontre chez l'auteur un excellent jugement, uni à des connaissances qui paraissent étendues. Il donne à un important problème de physiologie une solution qui s'approche beaucoup de la vérité. En conséquence vos commissaires vous proposent de voter des remercîments à M. Hiffelsheim pour son très intéressant mémoire. Ils regrettent que ce travail soit trop étendu pour vous demander de le faire publier.

Les conclusions de ce rapport, mises aux voix, sont adoptées.

Exploration pathologique. — Hématémèse mortelle symptomatique d'ouvertures artérielles dans l'estomac; anévrysme de l'aorte abdominale près de sa terminaison; par M. Boullay.

Obs. — M. G..., âgé de 76 ans, d'un embonpoint assez prononcé et d'une santé bonne en apparence, éprouve depuis environ trente-cinq ans des vomissements glaireux, quelquefois bilieux, avec une douleur dans la région rénale droite. Cette douleur et ces vomissements présentent des intermittences de quelques jours, quelquefois de plusieurs semaines. Il a souvent rendu des graviers. Son appétit était assez bon ; ses digestions n'étaient point pénibles.

Le 1er février, à une heure du matin, le malade rendit par trois vomissements successifs, dans l'espace d'une demi heure, environ 3 litres de sang ; il y eut aussi des évacuations alvines sanguinolentes.

Dans les journées du 2 et du 3, le malade était dans l'état de tout individu qui a eu une hémorrhagie abondante.

Le 4, à quatre heures du matin, nouvelle hématémèse de plus d'un demi-litre.

Mort à neuf heures et demie.

A l'autopsie, faite le 5, on trouve tous les organes et surtout l'estomac exsangues. La cavité stomacale contient une assez grande quantité de liquide coloré fortement en rouge. A la surface interne de l'estomac, au niveau de sa petite courbure, à 6 centimètres environ à gauche du pylore, se touve une dépression de la largeur d'une pièce de 2 francs, dont la couleur est pâle comme celle du reste de l'estomac. La circonférence est parfai-

tement limitée par un bourrelet ayant la consistance des fibro-cartilages. Au milieu on aperçoit, séparés par une petite lame blanchâtre, deux orifices béants qui permettent facilement l'introduction d'un gros stylet. Ces orifices conduisent, l'un dans l'artère pylorique, l'autre dans l'artère coronaire stomachique. Ces artères sont notablement dilatées ; leurs parois, comme celles de toutes les artères de la cavité abdominale, sont dures, friables. La muqueuse stomacale est ramollie et plissée. Reins normaux ; seulement les artères sont altérées là comme partout ailleurs.

Les veines ne contiennent pas de sang.

A 10 centimètres environ au-dessus de la terminaison de l'aorte abdominale, on trouve sur le côté gauche une tumeur qui se termine à environ 5 centimètres de la bifurcation. Cette tumeur, du volume d'un petit œuf de poule, présente à l'extérieur une coloration rouge brunâtre ; elle donne au toucher la sensation d'une masse molle résistante. A la surface interne de l'aorte, depuis l'origine du tronc cœliaque jusqu'à la tumeur, on trouve des plaques blanchâtres, dures, crétacées. La tumeur contient une matière concrète, grisâtre, formée par un dépôt fibrineux ; elle est tapissée par une pseudo-membrane qui remonte, sous forme de ruban, jusqu'au niveau des artères rénales et mésentérique supérieure. Cette pseudo-membrane est fixée seulement par ses deux extrémités.

Sur un calcul salivaire obstruant le conduit de Warthon ; par M. Jobert (de Lamballe.)

M. Bouchut présente, au nom de M. Jobert (de Lamballe), un calcul salivaire pyriforme, long d'un centimètre et retiré du canal de Warthon. Il était résulté de l'oblitération de l'ouverture de ce conduit excréteur par ce calcul une accumulation considérable d'un liquide presque incolore, filant et doué de la propriété de transformer l'amidon en glucose.

Cas de déformation de la tête de l'humérus, par compression; par par M. Morel-Lavallée.

M. Morel présente une pièce qui est un exemple curieux de déformations des os par pression. Une tumeur axillaire volumineuse datant d'environ un an avait forcé le bras à se tenir dans un certain degré d'élevation pendant laquelle la tête humérale arc boutait sur la voûte acromio-claviculaire. Le rebord de cette voûte s'est imprimé à une profondeur de plusieurs millimètres sur la tête humérale. Le cartilage est un peu décollé, un peu chiffonné, par suite d'un commencement de résorption du tissu osseux sous-jacent, lequel est très-raréfié et injecté dans les environs de la dépression.

M. Morel publiera dans son entier cette observation importante sous d'autres rapports.

Sur deux cas de coïncidence du développement anormal de la mamelle chez l'homme, avec une tumeur cancéreuse de l'épididyme ; par M. Gaillet.

L'auteur s'exprime ainsi :

« Le développement de la glande mammaire chez l'homme n'est pas chose absolument rare ; la plupart des anatomistes en parlent ; Burdach dans sa physiologie, en cite plusieurs cas, ainsi que Huscke, dans sa splanchnologie. Humboldt cite même le cas d'un homme qui nourrit de son lait son fils pendant l'espace de cinq mois entiers. (Voy. *Hist. des anomalies de l'organisation,* de Geoffroy-Saint Hilaire.) Mais aucun des auteurs que j'ai pu consulter ne paraît avoir rencontré la coïncidence du développement anormal des mamelles chez l'homme avec une tumeur cancéreuse de l'épididyme, fait que j'ai eu l'occasion d'observer récemment chez deux malades.

« On sait que, chez la femme, les organes génitaux et les mamelles sont liés par une étroite sympathie, qui se manifeste aussi bien dans l'état pathologique que dans l'état physiologique. Dernièrement M. Robin, dans une communication à cette Société, a rappelé ce fait remarquable, et il a prouvé, par l'emploi du microscope, que dans les altérations chroniques de l'utérus ou même de l'ovaire, la mamelle se congestionnait légèrement, que les grains glanduleux *(acini)*, invisibles hors l'état de grossesse et l'allaitement, devenaient visibles, et qu'il se faisait à la surface interne de ces parties une sécrétion d'un fluide blanc jaunâtre, visqueux, formé par l'épithélium mammaire, par les globules de lait et des granulations de colostrum. Il a établi en outre que ce liquide suivait les mêmes phases que la maladie utérine, c'est-à dire augmentait ou disparaissait avec elle.

« Existerait-il aussi, entre le testicule et la glande mammaire chez l'homme, une sympthie obscure, que la pathologie mettrait en jeu, et que le peu de volume de cet organe aurait jusqu'ici empêché d'observer ? Je ne puis l'affirmer, ne possédant, à l'appui de cette opinion, que les deux faits dont je vais présenter un résumé succinct ; cependant la parfaite similitude de ces deux observations tendrait à la faire admettre. Aussi m'a-t-il semblé utile d'attirer sur ce point l'attention des observateurs.

« Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, parfaitement conformé, du reste, qui, en juillet dernier, subit l'opération de la castration pour une tumeur épididymaire du

volume du poing ; la nature cancéreuse de cette tumeur fut constatée par l'examen microscopique. Au commencement de janvier 1850, ce malade entra à l'hôpital des Cliniques portant un champignon fongueux énorme qui s'était développé sur la cicatrice de l'opération qu'il avait subie. Ce champignon, ulcéré dans presque toute sa surface, donnait lieu à un écoulement sanieux abondant, à des hémorrhagies fréquentes qui bientôt amenèrent la mort du malade.

« A l'autopsie, on trouva une chaîne volumineuse de ganglions s'étendant depuis le pli de l'aine et les fosses iliaques internes jusqu'au diaphragme. Le foie présentait aussi une douzaine de tumeurs de volume variable. La présence de la cellule cancéreuse fut constatée dans toutes ces productions anormales. Les autres organes étaient sains.

« Chez ce sujet, la région mammaire faisait une saillie notable, autant que chez une jeune fille sur le point d'être réglée ; la peau qui la recouvre est plus fine que celle des parties voisines ; au centre se voit un mamelon bien conformé, entouré d'une aréole brune, de 3 centimètres de diamètre, présentant quelques poils à sa circonférence. Le palper donne la même sensation qu'une glande mammaire de femme, et en pressant fortement même, on fait suinter par le mamelon une gouttelette d'un liquide blanc jaunâtre assez épais. Après l'avoir détachée et isolée du tissu cellulaire environnant dont elle se distingue par sa densité plus grande et sa coloration toute différente, je lui trouve 18 centimètres de circonférence, 1 centimètre et demi de profondeur à la circonférence de l'aréole, enfin 6 centimètres plus quelques millimètres dans le sens vertical et horizontal. La substance qui la forme offre la même densité que chez la femme grosse. La couleur est d'un blanc rosé à la circonférence, d'un blanc opaque, un peu laiteux au centre et vers le mamelon. A la surface d'une coupe antéro-postérieure faite au niveau du mamelon, et surtout vers la circonférence, on voit de petites saillies de la grosseur d'une tête d'épingle, présentant une couleur rosée qui paraît due à l'injection sanguine. Si l'on comprime assez fortement le tissu, on voit suinter de quelques-unes de ses petites saillies ouvertes un liquide blanc jaunâtre, opaque, épais, un peu visqueux ; si, avec la pointe d'un scalpel, on perce celles des petites saillies qui ne sont pas ouvertes, on peut faire suinter le même liquide.

« A l'examen microscopique, il fut facile de reconnaître dans ce liquide les caractères du colostrum avec ses corps granuleux, les uns très-gros, les autres d'un petit volume ; les glo-

bules laiteux de volume aussi très-varié ; enfin l'épithélium propre aux culs-de-sac de la glande mammaire ; en un mot les éléments anatomiques que M. Robin a trouvés dans les mamelles des femmes portant une affection ancienne de l'utérus.

« Obs. II. — Le second malade est un jeune homme de 20 ans, garçon de café à Reviers (Calvados) ; il est grand et bien conformé, abondamment pourvu de cheveux et de poils d'un chatain un peu roux. Son père est mort d'un cancer de la face. Quant à lui, depuis cinq mois environ, il portait une tumeur de l'épididyme du côté droit, d'un volume considérable (la circonférence en effet était de 35 centimètres dans le sens longitudinal, et de 25 et 1/2 dans le sens transversal) ; elle avait même déjà déterminé un commencement de cachexie, lorsque le 9 février le malade entra à la clinique ; la tumeur fut opérée le 15 ; le 17 le malade succomba.

La tumeur siégeait dans l'épididyme, comme dans le fait précédent ; elle était aussi de nature cancéreuse, ce qui fut démontré par le microscope. J'ajouterai que d'autres productions cancéreuses existaient dans les organes intérieurs. Enfin, comme chez l'autre malade, la mamelle présente un développement anormal ; elle est moins bien caractérisée, il est vrai, et surtout moins volumineuse que chez le malade précédent (elle n'a que 4 centimètres 5 millimètres dans son diamètre vertical et 1 centimètre 1/2 dans son diamètre antéro-postérieur), mais il suffit de la voir pour être convaincu qu'elle présente la structure glanduleuse, et reconnaître les *acini* développés. Comme, du reste, je l'ai déposée sous les yeux de la Société, je me dispenserai de la décrire.

« J'ajouterai cependant que par la pression on peut, comme dans l'autre cas, faire suinter par le mamelon un peu de liquide blanc jaunâtre, opaque, un peu visqueux, présentant à l'examen microscopique les corps granuleux du colostrum, les globules du lait et l'épithélium mammaire bien reconnaissable. Sur cette pièce, on peut encore distinguer deux conduits galactophores qui se dirigent de l'épaisseur de la glande vers le mamelon. Il me reste à ajouter que ce malade ignorait cette particularité de son organisation ; il n'avait jamais souffert dans la région mammaire, et n'avait pas présenté cette induration du mamelon qui s'observe quelquefois chez les adolescents, à l'âge de puberté.

« Tels sont les deux faits d'où me paraît ressortir l'opinion que j'ai émise au commencement de cette note ; il serait superflu d'appuyer sur la similitude presque complète qu'ils présentent, mais deux faits ne peuvent établir une opinion ; aussi ce sujet appelle-t-il des nouvelles observations.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 213e VOLUME.

11e SÉRIE, TOME V. — MAI 1850.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Revue de la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Jean; par le professeur *A. Uytterhoeven.* (*Suite.*) 1
Traité de la méthode amovo-inamovible; par le docteur *Seutin.* (*Suite.*) 12
Hôpital militaire d'Anvers.—Rapport sur le second semestre de 1849; par le médecin principal *Gouzée.* 47
Recherches sur l'emploi du carbazotate de potasse comme fébrifuge; par le médecin principal *Gouzée.* 51
Extrait du bulletin de l'Académie royale de médecine.—Séance du 27 avril 1850. 61
Observations météorologiques faites à l'observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois de février 1850. 71

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

PHYSIOLOGIE. — 1. Examen critique de la théorie ovulaire de la menstruation; par le docteur *W. B. Kesteven.* 1

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALE.

PATHOLOGIE INTERNE.—2. Note sur le développement d'un son clair, comme métallique (hydro-aérique), dans le cours des épanchements pleurétiques; par *A. Notta.* 8
3. Étude de la diphthérite, d'après une épidémie de cette maladie observée à l'hôpital Necker en 1848; par *G. S. Empis.* (*Suite.*) 20
4. Mémoire sur la pleurésie secondaire, consécutive aux inflammations du sein ou de l'aisselle; par le docteur *Paul Broca.* (*Suite.*) 31
28. Des déjections cholériques, du sang chez les cholériques, du choléra; par les docteurs *Parkes*, *Alfred Garrod*, *James Bird.* 257
31. Observations pour servir à l'histoire des causes essentielles des désordres de la sécrétion urinaire dans le rhumatisme aigu; par le docteur *Muller.* 266
33. Remarques sur une épidémie des parotides qui a régné à Cologne et dans les environs pendant les années 1840 et 1841; par le docteur *Horst.* 269
THÉRAPEUTIQUE.—5. Mémoire sur le traitement des affections scrofuleuses par les préparations de feuilles de noyer; par le docteur *Négrier.* (*Suite.*) 46
6. Nouvelles observations des bons effets de l'emploi des semences du phellandrium aquaticum dans le traitement de la phthisie pulmonaire; par M. *Sandras.* 62

7. Iodognosie ou monographie chimique, pharmaceutique et médicale des iodiques ; par *Dorvault*. (*Suite*) 73
8. Note sur la méthode dérivative continue ; par M. le docteur *Colas*. 82
22. Refus des aliénés de prendre la nourriture ; moyens d'y remédier ; inconvénients de l'alimentation forcée ; par M *Verga*. 257
30. Réflexions sur un mode particulier de traitement de la scarlatine ; par le docteur *Nicolas Berend*. 264

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

MALADIES DES ENFANTS. — 9. Recherches sur l'éclampsie des enfants ; par le docteur *C. Ozanam*. *Suite*.) 92
10. Mémoire sur la mort apparente des nouveau nés ; par M. *P. Cazeaux*. 105
11. Du diagnostic de la syphilis considérée comme une des causes possibles de la mort du fœtus ; par M. le professeur *Paul Dubois*. 120
21. Hémorrhagie de l'ombilic chez les enfants nouveau-nés ; par *H. J. Bowditch*. 234

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 12. Traitement de la chute des cheveux ou de l'alopécie ; par le docteur *Cazenave*. (*Suite* et *fin*) 129
13. Tumeur stercorale située dans le colon transverse et descendant ; rétrécissement au niveau de la portion iliaque ; par M. le docteur *C. Dubreuilh*, fils. 134
14. Mémoire sur la rupture de l'ankylose et sur la combinaison avec des sections sous-cutanées ; par M. *Bonnet*. 141
15. Considérations physiologiques et pratiques sur les divers moyens employés pour guérir l'hydrocèle, et sur une méthode nouvelle plus facile et moins dangereuse ; par M. *d'Aval*. (*Suite* et *fin*.) 145
32. Sur le traitement des paraphimosis ; par le docteur *Lange*. 268
MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 16. Exposé analytique et comparatif des procédés d'urétrotomie, par scarification et par incision ; par le docteur *Reybard*. (*Suite* et *fin*.) 148
17. Considérations sur la taille recto-vésicale, calcul vésical ; fistule urinaire à l'hypogastre ; cystotomie recto-vésicale ; guérison avec persistance d'une fistule à la vessie ; par M. le docteur *Fleury*. 161
25. Cas de calcul vésical d'oxyde cystique, enlevé par l'opération ; par M. *J. Miller*. 248
26. Cas de renversement de l'utérus causé par un polype, et enlevé avec succès par l'instrument tranchant ; par M *Higgins*. 250
27 De la laryngotomie et de la trachéotomie dans les maladies aiguës du larynx ; par M. *Prescott-Hewett*. 255
OPHTHALMOLOGIE. — 18. Du chlorure de sodium contre les ulcérations de la cornée ; par M le docteur *Tavignot*. 166
29. De l'extraction de la cataracte osseuse ; par M. *White Cooper*. 262

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

19. Mémoire sur la transmission de la syphilis des nouveau-nés aux nourrices ; par *E. Bouchut*. 173

XII. GÉNÉRALITÉS.

20. Mémoire sur la coïncidence des diathèses tuberculeuse et cancéreuse, avec manifestations scrofuleuses ; par M. le docteur *A Legrand*. 184

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE nationale des sciences de Paris. (Séances des 29 avril, 6, 13 et 20 mai). — Emploi de l'oxygène contre les accidents du chloroforme. 202.

— Cause du goître et du crétinisme. 202. — Expériences comparatives sur l'influence de l'oxyde de zinc et de la céruse sur l'économie animale. 203. — Empoisonnement par l'oxyde de zinc. 205. — Choléra. 206. — Nouvelle méthode pour l'opération césarienne. 207. — Lithotripsie. 208. — Sondes et bougies de gutta percha. 208. — Influence de l'iode administré pendant la grossesse sur le développement du fœtus. 209.

ACADÉMIE nationale de médecine de Paris. Séances des 30 avril, 7, 14 et 21 mai). — Traitement du rhumatisme articulaire aigu. 211. — Méthode de traitement des fièvres intermittentes par les ventouses. 215. — Traitement du rhumatisme aigu par les vésicatoires. 217. — Sur la nature et le traitement du rhumatisme musculaire aigu. 225.

MÉLANGES.

23. Observations de vagissement utérin ; par M. *Vannoni*. 241
24. L'attitude et les positions naturelles et anormales du fœtus dans la matrice; effet du système réflexe ou excito-moteur ; par M. *Simpson*. 242
34. Compte-rendu des séances de la Société de biologie pendant le mois de février 1850 ; par M. le docteur *Brown-Séquard*. 270

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 213e VOLUME.

11e SÉRIE, TOME V. — MAI 1850.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (mars et avril 1850.)

Kesteven (W. B.). Examen critique de la théorie ovulaire de la menstruation. 1
Notta (A.). Note sur le développement d'un son clair, comme métallique (hydro-aérique), dans le cours des épanchements pleurétiques. 8
Empis (G. S.). Étude de la diphthérite, d'après une épidémie de cette maladie observée à l'hôpital Necker en 1848. 20
Broca (Paul). Mémoire sur la pleurésie secondaire, consécutive aux inflammations du sein ou de l'aisselle. 31
Négrier. Mémoire sur le traitement des affections scrofuleuses par les préparations de feuilles de noyer. 46
Ozanam (C.). Recherches sur l'éclampsie des enfants. 92

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (mars 1850).

Sandras. Nouvelles observations des bons effets de l'emploi des semences du phellandrium aquaticum dans les traitements de la phthisie pulmonaire. 62

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 6, 7, 8, 15, 16, 17, 18 et 21 1850).

Dorvault. Iodognosie ou monographie chimique, pharmaceutique et médicale des iodiques. 73
Colas. Note sur la méthode dérivative continue. 82
Cazeaux (P.). Mémoire sur la mort apparente des nouveau-nés. 105
Dubois (Paul). Du diagnostic de la syphilis considérée comme une des causes possibles de la mort du fœtus. 120
Bonnet. Mémoire sur la rupture de l'ankylose et la combinaison avec des sections sous-cutanées. 141
D'Avat. Considérations physiologiques et pratiques sur les divers moyens employés pour guérir l'hydrocèle, et sur une méthode nouvelle plus facile et moins dangereuse. 145

Reybard. Exposé analytique et comparatif des procédés d'urétrotomie, par scarification et par incision. 148
Fleury. Considérations sur la taille recto-vésicale ; calcul vésical ; fistule urinaire à l'hypogastre ; cystotomie recto vésicale ; guérison avec persistance d'une fistule à la vessie. 161
Bouchut (E.). Mémoire sur la transmission de la syphilis des nouveau-nés aux nourrices. 173
Brown Séquard. Compte-rendu des séances de la Société de biologie pendant le mois de février 1850. 270

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (mars 1850).

Cazenave. Traitement de la chute des cheveux ou de l'alopécie. 129
Tavignot. Du chlorure de sodium contre les ulcérations de la cornée. 266

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX (avril 1850).

Dubreuilh (C.). Tumeur stercorale située dans le colon transverse et descendant ; rétrécissement au niveau de la portion iliaque. 154

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (avril 1850.)

Legrand (A). Mémoire sur la coïncidence des diathèses tuberculeuse et cancéreuse, avec manifestations scrofuleuses. 184

JOURNAUX ALLEMANDS.

ZEITSCHRIFFT F. D. G. M.

Berend (Nicolas). Réflexions sur un mode particulier de traitement de la scarlatine. 264
Muller. Observations pour servir à l'histoire des causes essentielles des désordres de la sécrétion urinaire dans le rhumatisme aigu. 166
Lange. Sur le traitement des paraphimosis. 268
Horst. Remarques sur une épidémie des parotides qui a régné à Cologne et dans les environs pendant les années 1840 et 1841. 269

JOURNAUX ANGLAIS.

AMERICAN JOURNAL OF MED. SCIENCE.

Bowditch (H. J.). Hémorrhagie de l'ombilic chez les enfants nouveau-nés. 234

MONTHLY JOURNAL.

Simpson. L'attitude et les positions naturelles et anormales du fœtus dans la matrice ; effet du système réflexe ou excito-moteur. 242
Miller (J.) Cas de calcul vésical d'oxyde cystique, enlevé par l'opération. 248
Higgins. Cas de renversement de l'utérus causé par un polype, et enlevé avec succès par l'instrument tranchant. 250

LONDON JOURNAL OF MED.

Prescott-Hewett. De la laryngotomie et de la trachéotomie dans les maladies aiguës du larynx. 255
Parkes, *Alfred Garrod*, *James Bird*. Des déjections cholériques, du sang chez les cholériques, du choléra. 257
Cooper (White). De l'extraction de la cataracte osseuse. 262

JOURNAUX ITALIENS.

GAZZETTA MED. LOMB.

Verga. Refus des aliénés de prendre la nourriture ; moyens d'y remédier ; inconvénients de l'alimentation forcée. 237

IL PROGRESSO.

Vannoni. Observations de vagissement uterin. 241